

Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia toistuvan tai pitkittyneen  
masennuksen hoidossa  
- Ryhmäterapiakeskuksen seurantatutkimus vuosina 2018 - 2019

Maria Peura

Pro Gradu -tutkielma

Psykologia

Lääketieteellinen tiedekunta

Joulukuu 2019

Ohjaaja: Markus Jokela

Tiedekunta – Fakultet – Faculty <b>Lääketieteellinen tiedekunta</b>		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme	
Tekijä – Författare – Author <b>Maria Talvikki Peura</b>			
Työn nimi – Arbetets titel – Title <b>Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia toistuvan tai pitkittyneen masennuksen hoidossa - Ryhmäterapiakeskuksen seurantatutkimus vuosina 2018 - 2019</b>			
Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track <b>Psykologia</b>			
Työn laji – Arbetets art – Level <b>Pro Gradu</b>	Aika – Datum – Month and year <b>Joulukuu 2019</b>	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages <b>33</b>	
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p><i>Tavoitteet.</i> Masennus on paljon subjektiivista kärsimystä aiheuttava mielenterveyden häiriö, ja lisäksi se on suuri kansantaloudellinen ongelma. Yksi keskeinen masennukseen altistava ja sitä ylläpitävä tekijä on taipumus vatvomiseen, eli märehtimiseen. Vatvomisella tarkoitetaan toistuvaa masennukseen liittyvien asioiden, tunteiden, syiden ja seurausten pyörittämistä mielessä. Masentuneilla esiintyy myös paljon välttelykäyttäytymistä, mikä ylläpitää oireilua. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vatvomiseen ja behavioraaliseen aktivoimiseen keskittyvän kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapian vaikuttavuutta toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoidossa.</p> <p><i>Menetelmät.</i> Tutkimuksen aineisto kerättiin Helsingin kaupungin Ryhmäterapiakeskuksella vuosina 2018 – 2019. Tutkimukseen osallistui 57 henkilöä. Heidän subjektiivista hyvinvointiaan, sekä masennus- ja ahdistuneisuusoireilua mitattiin 14 viikkoa kestävässä ryhmäterapian alussa ja lopussa. Subjektiivista hyvinvointia mitattiin lisäksi kuukauden kuluttua terapian päättymisestä seurannassa. Subjektiivisen hyvinvoinnin osa-alueista tarkasteltiin lisäksi erikseen hyvinvointia, oirefaktoria, toimintakykyä ja riskejä. Tutkittavilta kysyttiin erillisellä lomakkeella kokemuksia terapiasta. Aineiston analysoimiseen käytettiin toistettujen mittausten varianssianalyysia, ja lisäksi muutosta tarkasteltiin laskemalla efektikoot (Cohenin d).</p> <p><i>Tulokset ja johtopäätökset.</i> Tutkimuksen mukaan ryhmäterapiaan osallistuvien henkilöiden subjektiivinen hyvinvointi parani, ja sen osa-alueista toimintakyky, hyvinvointi ja oireet paranivat ryhmäterapian aikana ja sen jälkeisessä kuukauden seurannassa. Masennus- tai ahdistuneisuusoireilussa ei tapahtunut tilastollisesti merkittävää muutosta. Ryhmäterapiaan osallistuvat henkilöt kokivat ryhmäterapiassa hyödylliseksi tiedon ja ymmärryksen lisääntymisen omasta itsestä ja masennusoireista, vertaistuen, sekä toiminnallisen aktivoitumisen arjessaan. Vaikka tutkimuksen tulokset ovat osittain ristiriitaisia, antaa tutkimus lupaavia viitteitä siitä, että vatvomiseen ja aktivointiin keskittyminen toistuvan tai pitkittyneen masennuksen hoidossa on suotavaa.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords <b>Masennus, toistuva masennus, pitkittynyt masennus, kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia, vatvominen, märehtiminen, behavioraalinen aktivoiminen, välttelykäyttäytyminen</b>			
Ohjaaja tai ohjaajat – Handledare – Supervisor or supervisors <b>Markus Jokela</b>			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited <b>Helsingin yliopiston kirjasto – Helda / E-thesis (opinnäytteet)</b>		<i>ethesis.helsinki.fi</i>	
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Faculty of Medicine/ Department of Psychology and Logopedics		Koulutusohjelma – Utbildningsprogram – Degree Programme	
Tekijä – Författare – Author Maria Talvikki Peura			
Työn nimi – Arbetets titel – Title Cognitive-behavioral group therapy as a treatment for recurrent or prolonged depression – Group therapy center follow-up study in years 2018 - 2019			
Oppiaine/Opintosuunta – Läroämne/Studieinriktning – Subject/Study track Psychology			
Työn laji – Arbetets art – Level Master's thesis	Aika – Datum – Month and year December 2019	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 33	
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p><i>Aims.</i> Depression is a mental health disorder, which causes significant subjective distress, and, in addition it is a big economic problem. One key factor exposing a patient to depression and maintaining of depression is tendency to rumination. Rumination means repeated thinking of depression and all emotions, causes and consequences connected to it. Depressed people also occur a lot of avoidance behavior, which maintains symptoms. The aim of this study was to investigate effectiveness of rumination and behavioral activation focused cognitive-behavioral group therapy as a treatment for recurrent and prolonged depression.</p> <p><i>Methods.</i> The material of this study was collected in Helsinki city's Group therapy center in years 2018 – 2019. 57 people participated in the study. Their subjective well-being, depression symptoms and anxiety symptoms were measured in the beginning of the 14-week-long group therapy, and in the end of the therapy. Subjective well-being was also measured in one-month follow-up after the therapy. Subjective well-being had four factors: functioning, well-being, problems and risks, and these were also investigated. Participants were also asked about their experiences about the therapy by a separate form. For the analysis, repeated measures variance analyze was used, and, in addition, the change was examined by calculating effect sizes (Cohen's d).</p> <p><i>Results and conclusions.</i> According to the study, subjective well-being of the people involved the group therapy improved, as well as functioning, well-being and problems -factors. In depression- or anxiety symptoms did not happen statistically significant change. Patients found useful in group therapy receiving new information and understanding their selves and depression symptoms, peer support, and functional activation in everyday life. Even though results of this study are partly contradictory, this study offers encouraging evidence that focusing on rumination and behavioral activation in treatment for recurrent and prolonger depression is advisable.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Depression, recurrent depression, prolonger depression, cognitive-behavioral group therapy, rumination, behavioral activation, avoidance behavior			
Ohjaaja tai ohjaajat – Handledare – Supervisor or supervisors Markus Jokela			
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Helsinki University Library – Helda / E-thesis (thesis)		ethesis.helsinki.fi	
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information			

# Sisällysluettelo

1. Johdanto.....	1
1.1 Masennustilat ja toistuva tai pitkittynyt masennus.....	1
1.2 Watkinsin malli vatvomiseen ja behavioraaliseen aktivoimiseen keskittyvästä kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta.....	3
1.2.1 Epäadaptiivinen vatvominen.....	4
1.2.2 Adaptiivinen vatvominen .....	5
1.2.3 Välttely ja aktivoiminen .....	6
1.3 Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia masennuksen hoitomuotona aikaisemmissa tutkimuksissa.....	7
1.4 Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit .....	11
2. Menetelmät .....	11
2.1 Aineisto, interventio ja tutkimuksen kulku .....	11
2.2 Mittarit .....	13
2.2.1 CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure).....	13
2.2.2 BDI (Beck’s Depression Inventory).....	14
2.2.3 BAI ( Beck’s Anxiety Inventory).....	15
2.2.4 Kysymykset terapiakokemuksesta .....	15
2.3 Puuttuvat tiedot.....	16
2.4 Tilastolliset menetelmät .....	17
3. Tulokset .....	18
3.1 Subjektiiivinen hyvinvointi, CORE-OM .....	19
3.1.1 CORE-OM yhteispistemäärät .....	20
3.1.2 CORE-OM osa-alueiden pistemäärät .....	21
3.2 Masennusoireilu, BDI ja ahdistusoireilu, BAI .....	22
3.3 Alkutilanteen oireilun yhteys oireiden muutoksen suuruuteen .....	23
3.4 Kokemukset terapiasta .....	23
4. Pohdinta.....	26
4.1 Tutkimuksen puutteet ja jatkotutkimukset .....	29
4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja kliininen merkitys .....	31
4.3 Yhteenveto .....	33
4. Lähteet.....	33
5. Liitteet .....	38

# 1. Johdanto

Toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoito on usein esille nostettu, suuri ja merkittävä haaste psykologisten interventtioiden kehittämisen kentällä (Watkins ym., 2007; Strauss, Hayward, & Chadwick, 2012; Scott, Palmer, Paykel, Teasdale & Hayward, 2003). Varhainen puuttuminen masennusjaksoihin ja niiden toistumisen ennaltaehkäisy on tärkeää, sillä tiedetään että riski masennusjaksojen toistumiselle on suuri (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Scott, Palmer, Paykel, Teasdale & Hayhurst, 2003; Strauss, Hayward & Chadwick, 2012; Watkins ym., 2007). Masennus, etenkin toistuvana tai pitkittyneenä, on suuri riskitekijä sairauslomiin ja työkyvyttömyyteen (Charlson, Ferrari, Flaxman & Whiteford, 2013). Toistuvasta tai pitkittyneestä masennuksesta kärsii eri arvioiden mukaan 1 – 5 % väestöstä (Charlson ym., 2013; Cuijpers ym., 2010a; Klein, Shankman, & Rose, 2006; Markkula & Suvisaari, Duodecim, 2011). Toistuva ja pitkittynyt masennus ovat subjektiivisen kärsimyksen aiheuttamisen lisäksi merkittäviä kansantaloudellisia ongelmia, joten tehokkaiden hoitomuotojen kehittäminen on tärkeää.

Tässä tutkimuksessa tutkitaan Watkinsin (2007, 2009) malliin pohjautuvan kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapien vaikuttavuutta toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoitomuotona eri ikäisillä aikuisilla. Ryhmäterapia toteutettiin Helsingin kaupungin Ryhmäterapiakeskuksella sairaanhoitajien ja psykologin toimesta vuosina 2018 - 2019. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten ryhmäterapiakeskuksella toteutettuun kognitiivis-behavioraaliseen työotteeseen perustuvaan ryhmäterapiaan osallistuvien henkilöiden subjektiivinen hyvinvointi ja masennusoireilu muuttuvat terapiaan osallistumisen myötä. Ryhmäterapiakeskus käyttää tutkimuksen tuloksia hyödykseen kehittäessään terapiakäytäntöjään.

## 1.1 Masennustilat ja toistuva tai pitkittynyt masennus

Masennus eli depressio on mielialahäiriö, joka aiheuttaa sitä sairastavalle merkittävää subjektiivista kärsimystä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Lisäksi masennus on keskeinen kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste, sillä se aiheuttaa merkittävän paljon työkyvyttömyyttä ja alentunutta työkyvykkyyttä (Depressio: Käypä hoito- suositus, 2016; Huttunen, 2018 ; Scott ym., 2003).

Masennustilalle tyypillisiä ja keskeisiä oireita ovat Suomessa käytössä olevan ICD-10 tautiluokituksen (THL 5/2011) mukaisesti masentunut mieliala, kiinnostuksen ja mielihyvän puute,

jatkuva väsymys, itseluottamuksen ja omanarvontunteen puute, menneisyyden murehtiminen, toivottomuuden tunne, itesesyytökset, kuolemaan ja itsemurhaan liittyvät ajatukset, keskittymisvaikeudet, unihäiriöt, ruokahalun muutokset ja psykomotoriset muutokset (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Masennus aiheuttaa tyypillisesti myös toimintakyvyn heikentymistä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016; Greer, Kurian & Trivedi, 2010). Masennusdiagnoosi edellyttää vähintään neljän kliinisesti merkittävän oireen esiintyvyyttä päivittäin viimeisen kahden viikon aikana (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016; THL 5/2011). Lisäksi masennuksen vaikeusastetta arvioidaan ICD-10:ssä oireiden lukumäärän mukaan: lievä masennus 4 – 5, keskivaikea masennus 6 – 7 ja vaikea masennus 8 – 10 oiretta (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan myös erilaisilla oiremittareilla, kuten BDI:llä (kts. kohta 2.2.2).

Toistuvan masennuksen diagnoosi edellyttää Käypä hoito -suositusten (2016) mukaisesti masennustilan diagnostisten kriteerien täyttymisen lisäksi ainakin yhtä aikaisempaa masennusjaksoa. Lisäksi toistuvassa masennuksessa uusiutumisriski on huomattavan suuri (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Toistuvaan masennukseen ei kuulu hypomaanisia vaiheita masennustilojen välissä (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Masennusjaksojen välissä henkilön oireet vähenevät ja hänen toimintakykynsä normalisoituu (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). Pitkäaikainen masennus eli dystymia tarkoittaa oireiden vakavuusasteeltaan lievää masennusta, joka jatkuu pitkään, vähintään kaksi vuotta (Huttunen, 2018).

Masennus on yleinen mielenterveyden häiriö, johon suurimalla osalla ihmisistä on jonkinlaista kosketuspintaa omakohtaisen kokemuksen tai läheisten ihmisten kautta. Masennuksesta kärsii arvioiden mukaan 5 % väestöstä maailmanlaajuisesti (Markkula & Suvisaari, 2013) ja Suomessa masennuksen esiintyvyys on arvioitu olevan noin 7 % väestöstä (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma, 2011; Markkula & Suvisaari, 2013). Jossain vaiheessa elämänsä masennuksesta kärsii arvioiden mukaan 10 - 16 % ihmisistä (Huttunen, 2018; Markkula & Suvisaari, 2011). Toistuvan tai pitkittyneen masennuksen esiintyvyys on vähäisempää: sen on arvioitu olevan maailmanlaajuisesti 1 – 2 % (Charlson, Ferrari, Flaxman, & Whiteford, 2013), ja Suomessa 4 – 5 % (Markkula & Suvisaari, 2013).

Arvioiden mukaan vakavaa masennusta sairastavista ihmisistä 15 – 20 % sairastuu krooniseen masennukseen, eli masennus pitkittyy (Strauss ym., 2012; Watkins ym., 2007, 2011). Vakava masennus on kroonista silloin kun oireita on yli 2 vuotta (Strauss ym., 2012; Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016). On arvioitu, että jonkinlaista jatkuvuutta ja pitkittyneisyyttä on 30 %:lla kaikista masennusta sairastavista (Schramm ym., 2015). Masennuksen uusiutumisriskiksi on arvioitu jopa 50 %, jos henkilö ei saa minkäänlaista hoitoa masennukseen (Huttunen, 2018). Keskeiseksi riskitekijäksi

masennuksen pitkittymiselle tai toistumiselle on esitetty olevan se, jos osa henkilön oireista säilyy sen hetkisestä interventtiosta tai lääkehoidosta huolimatta (Ed Watkins ym., 2007).

Toistuvasta masennuksesta kärsivillä on todettu olevan yhtäaikaaisesti muita mielenterveyden häiriöiden diagnooseja tilapäisistä masennustiloista kärsiviä enemmän (Schramm ym., 2015). Hyvin yleinen masennuksen kanssa yhtäaikaisesti esiintyvä mielenterveyden häiriö on yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (Depressio: Käypä hoito -suositus, 2016; Seligman & Ollendick, 1998). Lisäksi toistuvasta masennuksesta kärsivillä on keskimäärin heikentyneempi toimintakyky, he käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita ja heillä on korkeampi itsemurhariski kuin masennustilaa sairastavilla (Schramm ym., 2015). Toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoito on todettu paljon haastavammaksi kuin yksittäisten masennustilojen hoito, sillä toistuvasta masennuksesta kärsivillä on usein yhtäaikaaisesti myös muita ongelmia, kuten sosioekonomisia vaikeuksia, muita mielenterveyden häiriöitä tai heikko elämänlaatu (Cuijpers ym., 2010; Schramm ym., 2015). Toipuminen pitkittyneestä masennuksesta on yleensä paljon hitaampaa kuin yksittäisistä masennustiloista (Klein ym., 2006).

## 1.2 Watkinsin malli vatvomiseen ja behavioraaliseen aktivoimiseen keskittyvästä kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta

Tämän tutkimuksen kohteena oleva ryhmäterapiamalli perustuu Edward R. Watkinsin (Watkins & Teasdale, 2001; Watkins, 2004a, 2009) malliin vatvomiseen keskittyvästä kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta (KBT, käytetään myös nimitystä kognitiivinen käyttäytymisterapia) masennuksen hoitomuotona. Mallin (Watkins, 2009) mukaan keskeisiä tekijöitä masennuksen hoidossa ovat vatvomisen vähentäminen, välttelykäyttäytymisen tunnistaminen ja vähentäminen, sekä toiminnallinen aktivointi. Vatvomisella tarkoitetaan mallissa samaa asiaa kuin ruminaatio tai märehtiminen (Spinhoven ym., 2018; Watkins, 2009; Watkins ym., 2011). Vatvominen on jaettu Watkinsin mallissa (2004a, 2004b) teoreettisesti epäadaptiiviseen ja adaptiiviseen vatvomiseen. Mallissa keskeistä on epäadaptiivisen vatvomisen tunnistaminen ja vähentäminen, sekä sen tilalle uusien adaptiivisten, usein toiminnallisten aktiviteettien kehittäminen.

Vatvomisen on todettu olevan keskeinen ajattelun vinouma masennuksen uusiutumisen ja jäännösoireiden kannalta (Watkins, 2009; Watkins ym., 2007). Vatvominen säilyy usein, vaikka masennusoireet muuten lievittyisivätkin hoidon myötä, se heikentää usein hoitojen tehokkuutta, ja

vatvomisen määrällä on ennustearvoa sen kannalta miten vakavaa ja pitkäkestoista masennus henkilöllä tulee olemaan (Watkins ym., 2007; Watkins, 2009).

### 1.2.1 Epäadaptiivinen vatvominen

Vatvomista on alettu tutkia keskeisenä masennusta ylläpitävänä tekijänä Nolen-Hoekseman (1991) Vatvominen reagointityylinä (Rumination as a response style) -teorian ilmestymisen jälkeen. Teoriassa vatvomisella tarkoitetaan omien oireiden ja ongelmien miettimistä (Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins & Brown, 2002). Vatvoessaan ihminen keskittyy ajatuksissaan ja käyttäytymisessään masennusoireisiin ja pohtii niiden merkitystä, luonnetta ja seurauksia (Nolen-Hoeksema, 1991; Watkins & Teasdale, 2004a). Taipumusta vatvomiseen pidetään Nolen-Hoekseman (1991) teorian mukaan keskeisenä haavoittuvuustekijänä masennukseen sairastumiselle ja sen toistumiselle.

Vatvomista pidetään yhtenä keskeisimmistä masennusta ylläpitävistä tekijöistä (Watkins ym., 2007; Watkins, 2009), ja vatvominen on myös tekijä, joka voi johtaa masennuksen alkamiseen (Watkins ym., 2007). Vatvomisen on todettu olevan masentuneelle ihmiselle hyvin automatisoitunut tapa ajatella ja näin ollen masentuneen ajattelu ”luisuu” vatvomiseksi hyvin helposti (Watkins & Brown, 2002). Vatvomisesta puhutaan myös märehtimisellä, jolla tarkoitetaan jatkuvaa asioiden ja tunteiden pyörittämistä mielessä (Spinhoven ym., 2018; Watkins, 2009; Watkins ym., 2011). Vatvomista pidetään välttelykäyttäytymisellä, sillä vatvoessaan ihminen ei kohtaa todellisia negatiivisia tunteitaan (Watkins ym., 2007).

Vatvomiseen keskittyvät tutkimukset osoittavat, että itseen kohdistuva vatvomistyylinen tarkkaavaisuus on epäadaptiivista ja ylläpitää masennusta (Watkins & Teasdale, 2004a, 2001). Epäadaptiivinen vatvominen lisää muistojen yleistämistä, itsekriittisyyttä ja itsen tuomitsemista, heikentää ongelmanratkaisua, ja siihen liittyy jatkuva ”miksi”-kysymyksen kysyminen liittyen omiin tunteisiin ja vaikeuksiin (Watkins, 2009). Epäadaptiiviseen vatvomiseen liittyy usein myös paljon prokrastinointia (Watkins, 2009), eli tarpeellisen tekemisen aloittamisen välttelyä.

Epäadaptiivinen vatvominen on jaettu Watkinsin & Teasdale (2004a, 2004b) tutkimuksissa kahteen komponenttiin: 1) keskittyminen oireisiin ja muihin omiin kokemuksiin ja 2) analyyttinen ja arvottava kognitiivinen tyyli. Keskittyminen oireisiin ja muihin omiin kokemuksiin tarkoittaa oman masennuksen, sen oireiden, omien tunteiden ja niiden syiden ja seurausten jatkuvaa pohtimista mielessä (Watkins & Teasdale, 2004a). Analyyttisessä ja arvottavassa kognitiivisessa tyyliässä keskeistä on puolestaan omien elämäntapahtumien analyyttinen pohtiminen, niiden syiden ja



seurausten arviointi ja kriittinen tarkastelu, sekä ”miksi”-kysymyksen kysyminen omiin elämäntapahtumiin liittyen (Watkins & Teasdale, 2004a). On tyypillistä, että omaa elämänhistoriaa pyritään aktiivisesti selvittämään ja siihen liittyviä ristiriitoja ja ongelmia ratkomaan (Watkins & Teasdale, 2004a). Molemmille epäadaptiivisen vatvomisen komponenteille keskeistä on itseen kohdistuvan tarkkaavuuden suuri määrä (Watkins & Teasdale, 2004a).

Epäadaptiivisen vatvomisen tyyleistä analyttiseen ja arvottavaan kognitiiviseen tyyliin liittyy myös oman autobiografisen elämänhistorian yleistävä muistaminen, mikä on tyypillistä masentuneille (Rimes & Watkins, 2005; Watkins & Teasdale, 2001). Masentuneen ihmisen ajattelulle on tyypillistä se, ettei yksittäisiä elämäntapahtumia muisteta tai kuvailla tarkasti, vaan kertomukset omasta elämästä ovat hyvin yleistäviä (Watkins & Teasdale, 2001), kuten ”Minulle on aina käynyt näin”, ”Koko koulu aika oli surkeaa”, tai ”Näin kavereita viikoittain”. Sen sijaan ei-masentuneille tyypillisempi tapa muistaa omaa autobiografista historiaa on kokemusperäisempi ja yksityiskohtaisempi, esimerkiksi niin, että lapsuudesta muistetaan joku tietty tunnepitoisesti tärkeä tapahtuma yksityiskohtaisesti, ja pystytään kuvailla spontaanisti myös tapahtumaan liittyviä tunteita ja tapahtumalle annettuja merkityksiä. Yleistävää autobiografista muistamista pidetään kognitiivisena vinoumana, joka on melko pysyvä tapa ajatella, ja se altistaa masennukselle (Watkins & Teasdale, 2001; 2004a).

Vatvomisen ja itseen kohdistuvan epäadaptiivisen tarkkaavuuden on todettu olevan yhteydessä myös toiminnanohjauksen heikentymiseen (Watkins & Brown, 2002). On alustavaa tutkimusnäyttöä siitä, että jatkuva omaan itseen liittyvien asioiden, kuten tunteiden ja omien elämäntapahtumien miettiminen, vie paljon resursseja kognitiivisesta toiminnasta ja sen seurauksena joustava toiminnanohjaus ja ongelmanratkaisukyky heikentyvät (Watkins & Brown, 2002).

### 1.2.2 Adaptiivinen vatvominen

On olemassa myös itseen kohdistuvaa adaptiivista tarkkaavuutta (Watkins & Teasdale, 2004a; Watkins ym., 2007). Adaptiivinen itseen kohdistuva tarkkaavuus on kokemusperäistä, eli siinä pohditaan esimerkiksi sitä, miltä tilanteessa tuntui ja mitä siinä tarkalleen ottaen tapahtui (Watkins & Teasdale, 2004a). Adaptiivinen vatvominen on spesifimpää ja konkreettisempää verrattuna maladaptiiviseen vatvomiseen, joka on abstraktimpaa ja niin sanotusti yleisen tason ajattelua (Watkins, 2009). Siinä keskeisiä kysymyksiä ajatuksissa ovat, miten-, kuinka- ja mitä-alkuiset kysymykset, ja siinä keskitytään tunteiden ja vaikeuksien pienempiin osiin (Watkins, 2009).

Adaptiivinen vatvomistyyli ja adaptiivinen itseen kohdistuva tarkkaavaisuus liittyvät tietoisuustaitojen opetteluun, ja myös tietoisien läsnäolon harjoituksia on käytetty terapioissa apuvälineenä (Watkins & Teasdale, 2004).

Masentuneiden kohdalla keskeiseksi haasteeksi on nostettu se, että itseen kohdistuvaa epäadaptiivista tarkkaavuutta tulisi vähentää, mutta kuitenkin huomiota ei tulisi siirtää kokonaan itsestä pois, sillä tämä voi johtaa välttelykäyttäytymiseen (Watkins & Teasdale, 2004a). Itseen kohdistuva tarkkavuus ja itsetutkiskelu on tärkeää masennuksen hoidossa, mutta sen laadulla on paljon merkitystä. Uudenlaisten adaptiivisten ajattelumallien opettelu onkin keskeinen osa Watkinsin teoriaan pohjautuvassa kognitiivis- behavioraalisessa terapiassa.

### 1.2.3 Välttely ja aktivoiminen

Watkinsin KBT:n malliin kuuluu myös behavioraalinen aktivoiminen (BA), mikä tarkoittaa kannustamista itselle mielekkäiden asioiden konkreettiseen tekemiseen (Cuijpers ym., 2007) ja pyrkimystä vatvomisen ja välttelyn vähentämiseen (Watkins, 2009). Masennusoireisiin kuuluu tyypillisesti vetäytymistä, välttelyä ja passivoitumista (Dimidjian ym., 2006), joten aktivointi on erityisen tärkeää masentuneiden hoidossa. Masentuneille on tyypillistä vältellä epämiellyttäviksi ja stressaaviksi koettuja tilanteita, ja vetäytymisestä syntyy usein haitallinen kierre (Dimidjian ym., 2006). On tyypillistä, että masentunut ihminen saa hetkellisen helpotuksen siitä, ettei hän joudu itselle stressaavaan tilanteeseen, mutta pitkällä tähtäimellä tällainen välttelykäyttäytyminen pikemminkin lisää stressiä ja laskee mielialaa (Dimidjian ym., 2006). Välttelykäyttäytymisen on esitetty olevan todella keskeinen masennusta ylläpitävä tekijä (Dimidjian ym., 2006). Positiivisten kokemusten saaminen on mahdotonta, jos masennusta sairastavan ihmisen elämässä ei ole tilanteita, joissa näitä on mahdollista syntyä.

Mielekkään tekemisen ja mielialan välillä on Cuijpersin ja kumppaneiden meta-analyysin (2007) mukaan selkeä yhteys, ja masennuksen hoidossa on heidän tutkimuksensa mukaan tärkeää kannustaa asiakkaita tarttumaan mielekkääseen tekemiseen ja positiiviseen vuorovaikutukseen ympäristönsä kanssa. Meta-analyysissä tuli esille myös sosiaalisten taitojen opettelu, ja sitä pidetään keskeisenä osana aktivoimista. Mielekkään tekemisen ja palkitsevien sosiaalisten tilanteiden kautta masentuneen ihmisen on mahdollista saada katkaistua välttelyn kierre, ja näin ollen mielialan ja oman identiteetin on mahdollista muuttua pikkuhiljaa positiivisempaan suuntaan. Tutkimuksissa (Dimidjian ym., 2006; Dobson ym., 2008) nostetaan esille, että konkreettinen asioiden tekeminen, aktiviteettien ja

arkirutiinien aikatauluttaminen, aktiivinen ongelmanratkaisu ja konkreettisten tavoitteiden asettaminen ovat keskeisiä elementtejä masennuksen hoidossa. Itselle mielekkäiden asioiden tekemistä on pidetty aikaisemmissa tutkimuksissa keskeisenä tekijänä masennuksen hoidon onnistumisen kannalta ja sen uusiutumisen ennaltaehkäisyssä (Cuijpers ym., 2007)). Aktivointia pidetään hyvänä hoidon elementtinä myös siksi, ettei se vaadi asiakkaalta eikä terapeutilta mitään erityisen vaikeita menetelmiä tai monimutkaisia taitoja.

BA:n tarkoituksena on lisäksi vähentää vatvomista välttelykäyttäytymisenä, ja oppia sen tilalle adaptiivisempia keinoja tarttua spesifeihin ja konkreettisiin ongelmiin (Dimidjian ym., 2006; E. R. Watkins, 2009). Vatvomiseen keskittyvässä KBT:ssä pyritään vähentämään epadaptiivista ja lisäämään adaptiivista ajattelua (Watkins ym., 2007), ja vatvomisen vähentämisen opettelu on osa aktivoimisprosessia. Vatvomiseen keskittyvässä KBT:ssä tavoitteena on se, että hoitoon tuleva oppii tunnistamaan vatvomisensa ja sen, milloin se on hyvää ja milloin haitallista (Watkins, 2009). Haitallisen vatvomisen tilalle tuodaan rakentavampia toimintatapoja kuten rentoutumista ja jämäkkyuden opettelua, sekä itselle mielekkäisiin toimiin ryhtymistä (Watkins, 2009). Mindfulness-harjoitukset on nostettu tutkimuksissa esille jämäkkyuden opettelun, rentoutumisen ja välttelykäyttäytymisen vähentämisen menetelmänä (Dimidjian ym., 2006). Vatvomisen ja analyttisen ajattelun tilalle opetellaan kokemuksellisempaa suhtautumista itseen (Dimidjian ym., 2006), niin että huomio suunnataan vatvomisesta esimerkiksi siihen, miltä kehossa tuntuu tai mitä ihminen näkee tai kuulee sillä hetkellä. Vatvomiseen keskittyvässä KBT:ssä tehdään myös mielikuvaharjoittelua liittyen intensiiviseen ja innostuneeseen mielekkään asian tekemiseen ja myötätunnon harjoitteluun (Watkins, 2009).

### 1.3 Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia masennuksen hoitomuotona aikaisemmissa tutkimuksissa

Kognitiivis- behavioraalinen terapia masennuksen hoidossa on tutkituin terapiamuoto masennuksen hoidossa (Cuijpers ym., 2010b) ja kattavia meta-analyyseja masennuksen hoidosta kognitiivis-behavioraalisella terapialla on tehty lukuisia. Pääosin kognitiivis- behavioraalinen terapia on todettu tehokkaaksi masennuksen hoitomuodoksi (esim. Butler ym., 2006; Cuijpers ym., 2010b, 2013), mutta kaikki tutkimukset eivät osoita sen paremmuutta verrattuna muihin hoitomuotoihin tai lääkehoitoon (esim. Cuijpers ym., 2010b; Hofmann ym., 2012). Pitkittyneen ja toistuvan masennuksen hoidosta, erityisesti lyhyistä terapiamuodoista, ryhmäterapiasta masennuksen hoidossa, aktivoinnin

merkityksestä hoidossa ja Watkinsin vatvomiseen keskittyvästä terapiamallista on myös tehty tutkimuksia. Erilaisissa ja eri kohderyhmille tarkoitetuissa terapioissa efektikoot vaihtelevat suuresti. Efektikoolla (d) tarkoitetaan hoidon tehokkuuden arviointiin tarkoitettua tunnuslukua (Cohen, 1992; Thalheimer & Cook, 2002). Sen arvoiksi on määritelty d (.2) = pieni, d (.5) = keskisuuri ja d (.8) = suuri (Cohen, 1992).

Kognitiivis -behavioraalisella terapialla (KBT) on todettu useiden kymmenien tutkimusten perusteella (esim. Butler ym., 2006; Cuijpers ym., 2010a; Fava, ym., 1998) olevan merkittävä vaikutus masennuksesta parantumiseen ja etenkin masennuksen uusiutumisen ennaltaehkäisyyn. Butlerin ja kumppaneiden laajan meta-analyysijä yhdistävän katsauksen (2006) perusteella KBT on merkittävästi parempi hoitomuoto masennuksen toistumisen ja uusiutumisen ennaltaehkäisyssä kuin lääkehoito, lumehoito tai rentoutusharjoitusryhmään tai kontrolliryhmään osallistuminen. Meta-analyysissä KBT:n efektikoot vaihtelivat suuresti, .05 - .1.11 välillä, riippuen siitä mihin terapiaa verrattiin (Butler., ym., 2006). Efektikoot ei-hoitoa-ryhmään verrattuna vaihtelivat .82 - 1.11 välillä ja efektikoko lääkkeisiin verrattuna oli keskimäärin .38 (Butler., ym., 2006). Cuijpersin ja kumppaneiden meta-analyysissä (2013b) kognitiivis-behavioraalisen terapian efektikokojen keskiarvo verrattuna kontrolliryhmään oli .71. Samassa meta-analyysissä KBT:n ja lääkehoidon yhdistelmän efektikoko verrattuna pelkkään lääkehoitoon oli keskimäärin .49. Kolmannessa, masennustutkimusten meta-analyysijä yhdistäneessä kirjallisuuskatsauksessa (Hofmann ym., 2012) tulokset olivat samansuuntaisia: KBT:llä oli suurempi efekti masennuksesta toipumiseen kuin lume-, tai ei-hoitoa ryhmillä, mutta tässä katsauksessa KBT:lla ei löydetty olevan selkeästi suurempaa efektikokoa kuin muilla terapiamuodoilla tai lääkehoidolla.

Kognitiivis-behavioraalisen terapian efektikoot vaihtelevat tutkimuksissa suuresti, ja lisäksi on esitetty, että terapioiden vaikuttavuutta on mahdollisesti yliarvioitu (Cuijpers ym., 2010b). Aikaisemmin esitetyissä masennuksen kognitiivis-behavioraalisissa hoidossa efektikoot vaihtelivat keskimäärin .71 - 1.11 välillä, mutta on huomattavaa, että näissä tutkimuksissa terapiat olivat keskimäärin melko pitkäkestoisia terapioita. Lyhyempien terapioiden vaikuttavuutta tarkastelleessa meta-analyysissä (Nieuwsma ym., 2012) lyhyiden (12-20 kertaa) terapioiden efektikoko verrattuna kontrolliryhmään oli huomattavasti alhaisempi, keskimäärin .25. Cuijpers ja kumppanit esittävät lisäksi artikkelissaan (2010b), että kognitiivis-behavioraalisen terapian vaikuttavuutta verrattuna kontrolliryhmään on mahdollisesti yliarvioitu, ja he estimoivat julkaisuharhaa korjattuaan KBT:n keskimääräiseksi efektikooksi .42.

Tilapäisten masennustilojen hoitojen vaikuttavuutta on tutkittu paljon enemmän kuin pitkittyneen tai toistuvan masennuksen hoitomuotoja. Pitkittyneen masennuksen hoidon haasteet on nostettu esille

useissa tutkimuksissa (Klein ym., 2006; Schramm ym., 2015). Pitkittyneestä masennuksesta kärsivillä on mm. paljon komorbiditeettia ja ongelmia useilla elämänalueilla, joten hoitojen kohdentaminen ja hoitotulosten mittaaminen on usein haasteellisempaa kuin yksittäisistä masennustiloista kärsivillä (Schramm ym., 2015). Kleinin ja kumppaneiden pitkässä, kymmenen vuoden seurantatutkimuksessa (2006) todettiin, että vakavasta masennustilasta toipuminen spontaanisti on todennäköisempää kuin pitkittyneestä masennuksesta toipuminen.

Pitkittyneen masennuksen hoitoa kognitiivis-behavioraalisella terapialla on kuitenkin myös tutkittu, yhden meta-analyysin (Cuijpers ym., 2010a) mukaan KBT:n efektikoko verrattuna kontrolliryhmään pitkittyneestä masennuksesta toipumiseen on pieni mutta tilastollisesti merkitsevä, .23. Tämän meta-analyysin perusteella lääkehoito on pitkittyneen masennuksen hoidossa kuitenkin tehokkaampaa kuin KBT. Lääkehoidon ja terapian yhdistelmä nousi meta-analyysissä tehokkaimmaksi hoitomuodoksi (Cuijpers ym., 2010a). Myös ryhmämuotoisella kognitiivisella lyhytterapialla on todettu Schrammin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2012) olevan merkittävä, joskin tässäkin pieni efekti (.32) pitkittyneestä masennuksesta toipumiseen verrattuna kontrolliryhmään, jotka eivät saaneet hoitoa. Lisäksi Favan ja kumppaneiden (1998) tutkimuksen mukaan kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapian ja lääkehoidon yhdistelmä ennaltaehkäisi toistuvan masennuksen uusiutumista ja vähensi jännösoireilua kahden vuoden seurannassa tehokkaammin kuin kontrolliryhmä tai pelkkä lääkitys.

Behavioraalisen aktivoimisen (BA) merkityksestä masennuksen hoidossa on myös lupaavaa tutkimusnäyttöä. Behavioraaliseen aktivoimiseen keskittyvästä KBT:stä on saatu hyvää näyttöä 16 tutkimusta yhdistäneellä meta-analyysillä, ja sen todettiin vähentävän erityisesti masennuksen uusiutumista (Cuijpers ym., 2007). Cuijpersin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2007) BA:n efektikoko kontrolliryhmään verrattuna oli keskimäärin .87, ja BA:n todettiin olevan myös hieman tehokkaampaa kuin kognitiivisen terapian. Kognitiivista terapiaa, behavioraalista aktivaatiota ja lääkehoitoa toisiinsa vertaavassa tutkimuksessa (Dobson ym., 2008) todettiin, että CT ja BA ovat lähes yhtä tehokkaita uusiutumisen ennaltaehkäisyssä, ja molemmilla oli suurempi efekti uusiutumisen ennaltaehkäisyyn kuin lääkehoidolla. Erityisesti kahden vuoden seurannassa CT ja BA vähensivät uusiutumiseriskiä huomattavasti tehokkaammin kuin lääkehoito (Dobson ym., 2008). Schrammin ja kumppaneiden (2014) tutkimuksessa puolestaan lääkehoito oli yhtä tehokas hoitomuoto kuin BA, mutta molemmat vähensivät masennusoireilua huomattavasti kontrolliryhmään verrattuna.

Vatvomiseen keskittyvästä kognitiivis-behavioraalisesta terapiasta on myös alustavaa tutkimusnäyttöä: Watkinsin ym. (2007, 2011) seuranta- tutkimusten tulokset antavat viitettä siitä, että

terapiamalli toimisi toistuvan ja pitkittyneen masennuksen jännösoireiden vähentämisessä ja uusiutumisen ennaltaehkäisemisessä. Watkinsin ja kumppaneiden ensimmäisessä tutkimuksessa (2007) seurattiin 14 vatvomiseen keskittyvään kognitiivis-behavioraalisen yksilöterapiaan osallistuvan henkilön oireilua. Tutkittavilla oli ollut aikaisemmin lääkehoito, mutta heillä oli siitä huolimatta jännösoireita 3 - 24 kuukauden kuluttua lääkeshoidon alkamisesta. Tutkimuksen mukaan terapia vähensi huomattavasti masennuksen jännösoireilua sekä uusiutumisriskiä, ja hoidon efektiivisyydet verrattuna alkutilanteeseen olivat erittäin suuria, vaihdellen eri mittareilla mitattuna 1.5 ja 2.1 välillä. Jälkimmäisessä Watkinsin ja kumppaneiden tutkimuksessa (2011) vatvomiseen keskittyvään kognitiivis-behavioraaliseen yksilöterapiaan osallistuneita verrattiin tavanomaista hoitoa saaneisiin henkilöihin, ja tutkimuksen mukaan masennuksen jännösoireilu väheni huomattavasti enemmän KBT:hen osallistuvilla verrattuna kontrolliin. Tässä tutkimuksessa efektiivisyys verrattuna kontrolliryhmään, eli tavanomaista hoitoa saaneisiin, vaihteli eri mittareilla mitattuna .64 ja 1.11 välillä.

Kognitiivis -behavioraalinen terapia masennuksen hoidossa on lisäksi todettu pitkällä tähtäimellä varsin kustannustehokkaaksi hoitomuodoksi, vaikka se tuleekin aluksi kalliimmaksi kuin lääkehoito tai kontrolli (Scott ym., 2003). Schrammin ja kumppaneiden tutkimus (2015) osoitti, että kognitiivis-behavioraalisen terapian vaikuttavuus on hitaampaa kuin lääkehoidon, mutta pitkällä aikavälillä kannattavampaa. Butlerin ja kumppaneiden (2005) sekä Dobsonin ja kumppaneiden (2008) meta-analyysissä oli myös mukana tutkimuksia, joiden perusteella todettiin vastaavasti kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapialla olevan kustannustehokkaammat vaikutukset kahden vuoden seurannassa kuin lääkehoidolla.

Masennuksen uusiutuvan luonteen vuoksi toistuvien masennusjaksojen ennaltaehkäisevät hoidot ovat keskeisiä interventioiden kehittämisen kentällä. Vatvomiseen ja behavioraaliseen aktivointiin keskittyvää terapiaa on tutkittu vasta kahdessa tutkimuksessa, ja ryhmämuotoisena tätä terapiamallia ei ole tämänhetkisen tiedon mukaan tutkittu vielä lainkaan. Ryhmäterapiakeskuksella on otettu käyttöön tämä terapiamalli ensimmäistä kertaa vuosina 2018 – 2019, ja tämä tutkimus antaa arvokasta tietoa sen toimivuudesta.

## 1.4 Tutkimuskysymykset ja -hypoteesit

Tämän tutkimuksen ensimmäinen ja keskeisin tutkimuskysymys on se, että tapahtuuko potilaiden subjektiivisessa hyvinvoinnissa muutosta vatvomisen vähentämiseen ja behavioraaliseen aktivointiin keskittyvän ryhmäterapian aikana tai kuukauden mittaisessa seurannassa. Potilaiden subjektiivisen hyvinvoinnin odotetaan paranevan terapian aikana ja kuukauden seurannassa. Toisena keskeisenä tutkimuskysymyksenä on se, tapahtuuko subjektiivisen hyvinvoinnin erillisistä osa-alueista toimintakyvyssä, oirefaktorissa, hyvinvoinnissa tai riskeissä muutosta kyseisen ryhmäterapian aikana tai kuukauden seurannassa. Potilaiden subjektiivisen hyvinvoinnin osa-alueilla erikseen tarkasteltuna odotetaan tapahtuvan positiivista muutosta terapian aikana ja sen jälkeisessä seurannassa. Kolmantena tutkimuskysymyksenä on, väheneekö masennus- ja ahdistuneisuusoireilu potilailla terapian aikana, ja näissä oireissa odotetaan tapahtuvan laskua. Neljäntenä kysymyksenä on, oliko alkutilanteen oireiden voimakkuudella merkitystä sen kannalta, kuinka paljon oireilussa tapahtui muutosta terapian aikana tai sen jälkeisessä seurannassa. Alkutilanteen oireiden voimakkuudella odotetaan olevan merkitystä sen kannalta, miten oireet muuttuvat terapian aikana. Potilaiden kokemuksia terapiasta tarkasteltiin myös, ja ryhmäterapiaan osallistuvien henkilöiden odotetaan kokevan terapian hyödylliseksi.

## 2. Menetelmät

### 2.1 Aineisto, interventio ja tutkimuksen kulku

Tutkimukseen osallistui 57 henkilöä, joiden iät vaihtelivat 21:n ja 65:n välillä, iän keskiarvon ollessa 40. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt ovat psykiatrisen hoidon piiriin hakeutuneita Etelä-Suomessa asuvia henkilöitä. Tutkimukseen osallistuvilta ei kerätty muita taustatietoja kuin ikä ja sukupuoli. Kaikki kyseiseen terapiaan osallistuvat henkilöt osallistuivat tutkimukseen, joten aineiston valikoitumista ei tapahtunut tässä vaiheessa.

Kyseiseen ryhmäterapiaan osallistui henkilöitä, joilla oli terveydenhuollosta lähete ryhmäterapiaan ja heillä oli esiintynyt toistuvan tai pitkittyneen masennustilan piirteitä. Kyseiseen ryhmäterapiaan osallistuvista henkilöistä kaikilla ei ollut toistuvan tai pitkittyneen masennuksen diagnoosia. Terapiaan osallistuvien oli arvioitu hyötyvän ryhmäterapian kaltaisesta työskentelystä.

Terapiaan osallistuville tehtiin ennen ryhmäterapian alkua alkuhaastattelu, jossa arvioitiin heidän soveltuvuuttaan kyseisessä ryhmäterapiassa työskentelyyn.

Terapia-sessiot järjestettiin syksyllä 2018 ja keväällä 2019 Helsingissä Ryhmäterapiakeskuksessa, joka toimii Helsingin kaupungin psykiatria- ja päihdepalveluiden mielialalinjan alaisuudessa. Ryhmäterapian ryhmät koostuivat 7 - 10 osallistujasta. Ohjaajia ryhmissä oli kaksi, joko kaksi sairaanhoitajaa tai sairaanhoitaja ja psykologi. Terapiasessiot kestivät 90 minuuttia ja niitä oli kerran viikossa 14 viikon ajan. Terapian kestot vaihtelivat ryhmittäin hieman, sillä joidenkin terapioiden aikana oli myös omahoito viikko tai -viikkoja, jolloin ryhmäterapiasessioita ei järjestetty. Lähes kaikkiin terapiaihin sisältyi myös lääkärin luento, jolla käytiin läpi masennuksen lääketieteellistä puolta. Kuukauden kuluttua terapian loppumisesta ryhmäterapiaan osallistuneet henkilöt tulivat vielä seurantakäynnille, jossa käytiin läpi terapiassa opittujen taitojen ylläpitoa ja tulevaisuuden suunnitelmia.

Ryhmäterapian päätarkoituksena oli määritelty ryhmään osallistuvien henkilöiden omahoidon edistäminen. Ryhmäterapiassa keskityttiin erityisesti toiminnan aktivoimiseen, välttelyn vähentämiseen ja vatvomisen lopettamiseen. Ryhmäterapiatapaamisille oli määritelty viikoittaiset teemat, joita terapiakerralla käsiteltiin psykoedukaation ja keskustelun kautta. Ryhmäterapiaan liittyi myös kotitehtävien tekemistä terapiasessioiden välissä, joita olivat mm. mielialapäiväkirjan pitäminen, viikkosuunnitelmien tekeminen, vatvomispäiväkirjan pitäminen ja välttelyn vähentäminen.

Ryhmäterapiaa vetävät sairaanhoitajat ja psykologi vastasivat tutkimuksen aineiston keruusta. Tutkittavat täyttivät ensimmäisellä ryhmäterapiatapaamisella heidän subjektiivista hyvinvointiaan, masennusoireiluaan ja ahdistusoireiluaan kartoittavat kyselyt. Viimeisellä terapiatapaamisella tutkittavat täyttivät uudelleen nämä kyselyt, ja lisäksi lomakkeet terapiaan liittyvistä kokemuksista. Kuukauden kuluttua terapian loppumisesta tutkittavat tulivat vielä seurantakäynnille, jolloin he täyttivät subjektiivista hyvinvointia kartoittavat kyselyt, mutta masennusoire- ja ahdistusoirekyselyitä ei kerätty enää tällöin.

Tutkijalle, eli tämän tutkielman tekijälle luovutettiin aineisto Helsingin kaupungilta saadun tutkimusluvan jälkeen. Tutkittavia käsiteltiin täysin anonymieinä, kyselylomakkeista poistettiin kaikki muut henkilötiedot kuin ryhmänumero, osallistumispäivämäärä, ikä ja sukupuoli.



Ryhmäterapiaan osallistuminen ei liittynyt tutkimukseen; kaikki tutkittavat olisivat osallistuneet terapiaan huolimatta siitä, tehdäänkö tutkimusta vai ei.

## 2.2 Mittarit

Tutkimuksessa käytettiin terapiatutkimuksessa paljon käytettyjä mittareita, jotka on todettu toimiviksi mittareiksi terapian tuloksellisuutta sekä kliinisten oireiden voimakkuutta arvioitaessa. Lisäksi tutkittavat täyttivät terapiakokemusta kartoittavan lomakkeen.

### 2.2.1 CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure)

Tutkimuksessa käytettävä CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) on 34-osainen itsearviointiin perustuva potilaan subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely (Evans ym., 2002). CORE-OM on todettu reliabiliteetiltaan ja validiteetiltaan hyväksi mittariksi mittaamaan terapian vaikuttavuutta, ja sitä on käytetty lukuisissa aikaisemmissa terapiatutkimuksissa (Barkham ym., 2006; Cahill ym., 2006; Evans ym., 2000; Richards, Timulak & Hevey, 2013). CORE-OM:ssa vastaajaa pyydetään arvioimaan omia oireita kuluneen viikon aikana. CORE-OM:n neljä faktoria ovat hyvinvointi, oireet, toimintakyky ja riskit (Evans, ym., 2002). Hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kohdalla pistemäärät ovat koodattu käänteisesti, eli lasku pistemäärässä tarkoittaa hyvinvoinnin tai toimintakyvyn paranemista. Hyvinvointi-faktoriin kuuluu kyselyssä 4 kysymystä, oireisiin 12, toimintaan 12 ja riskeihin 6 kysymystä. Faktoreiden alla on alakohtia, joista esimerkiksi oirefaktorin kohdalla nämä ovat masentuneisuus, ahdistuneisuus ja fyysiset oireet. CORE-OM:n kliinisten pisterajojen viitearvot ovat esitetty taulukossa 1, ja kysely on liitteenä tutkielman lopussa (liite 1).

*Taulukko 1. CORE-OM:n viitearvot.*

Kliininen pistemäärä	Oireiden määrä
alle 5.9	Ei oireita
6.0 - 9.9	Vähäiset oireet
10.0 – 14.9	Lievät oireet
15.0 – 19.9	Keskivaikeat oireet
20.0 – 24.9	Keskivaikeat/vakavat oireet
yli 25.0	Vakavat oireet

### 2.2.2 BDI (Beck's Depression Inventory)

Beckin depressio-inventaari (BDI, Beck's depression inventory) on 21-osainen itsearviointiin perustuva masennusoireita kartoittava kysely (Beck, Steer, & Carbin, 1988; Beck ym., 1961; Storch, Roberti, & Roth, 2004). Kyselyssä kysytään masennusoireita viimeisen viikon aikana, kyseinen päivä mukaan lukien. BDI on laajalti, ja kaikista eniten, masennustutkimuksissa käytetty mittari, ja sen hyvä reliabiliteetti ja validiteetti on raportoitu useassa tutkimuksessa (Beck ym., 1988; Butler ym., 2006; Dobson ym., 2008; Storch ym., 2004). BDI:n kliinisten rajojen viitearvot (Beck ym., 1988) on esitetty taulukossa 2, ja kysely on liitteenä tutkielman lopussa (liite 2)

*Taulukko 2. BDI:n viitearvot.*

Kliininen pistemäärä	Masennuksen määrä
alle 10	ei masennusta
11 - 18	lievä tai keskivaikea masennus
19 - 29	keskivaikea tai vaikea masennus
yli 30	Vaikea tai vakava masennus

### 2.2.3 BAI ( Beck's Anxiety Inventory)

Beckin ahdistuneisuusinventaaari (BAI) on 21-osainen itsearviointiin perustuva ahdistuneisuuden erotusdiagnostiikkaa varten kehitetty kyselylomake (Beck ym., 1988; Fydrich, Dowdall, & Chambless, 1992). BAI:ssa kysytään oireita kuluneen viikon ja kyseisen päivän aikana. BAI on ahdistuneisuuden vakavuuden arviointiin hyväksi todettu mittari, jonka reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyviksi (Beck, Epstein, ym., 1988; Fydrich ym., 1992). BAI:n kliinisten pisterajojen viitearvot (Beck ym., 1988) on esitetty taulukossa 3, ja kysely on liitteenä tutkielman lopussa (liite 3).

*Taulukko 3. BAI:n viitearvot*

Kliininen pistemäärä	Ahdistuneisuuden määrä
alle 7	vähäinen ahdistuneisuus
8 - 15	lievä ahdistuneisuus
16 - 25	kohtalainen ahdistuneisuus
yli 26	vaikea ahdistuneisuus

### 2.2.4 Kysymykset terapiakokemuksesta

Tutkittavilta kysyttiin lisäksi terapian loputtua kysymyksiä siitä, olivatko he tyytyväisiä toteutuneeseen ryhmäterapiaan (Liite 4). Ryhmiin osallistuvilta selvitettiin kuuden väittämän avulla sitä, toteutuivatko ryhmäterapian yleiset tavoitteet heidän kohdallaan. Ryhmään osallistuvat vastasivat näihin väittämiin viisiportaisella asteikolla, jossa 1 = vähän ja 5 = paljon (Liite 4). Lisäksi terapiaan osallistuneilta kysyttiin sanallisia vastauksia kysymyksiin: ”Mitä hyötyä koit saaneesi ryhmäterapiasta?” ja lomakkeessa oli lopussa kohta, jossa ryhmäläiset saivat antaa muuta palautetta tai kehittämis ehdotuksia.

Lomakkeessa, jossa muut kysymykset olivat, oli myös yleisarvio -kysymys ryhmäterapiasta: siinä terapiaan osallistuvat vastasivat asteikolla 1-5 olivatko he tyytymättömiä vai tyytyväisiä terapiaan. Tähän kysymykseen saatiin vastaukset kuitenkin vain yhdeltä ryhmältä, joten kysymystä ei tarkasteltu erikseen tässä tutkimuksessa.

## 2.3 Puuttuvat tiedot

Tutkimukseen osallistuvista 57 henkilöstä 53 täytti CORE-OM kyselyn alku-aikapisteen mittauksessa (alku) ja 48 loppu-aikapisteen mittauksessa (loppu). Seurannassa CORE-OM:n täytti 21 koehenkilöä. BDI:n täytti 35 alku-mittauksessa ja 34 loppu-mittauksessa. BAI:n täytti 30 henkilöä alku-mittauksessa ja 33 henkilöä loppu-mittauksessa. Taulukossa 4 on esitetty puuttuvien arvojen lukumäärät ja prosenttiosuudet eri mittauskerroilla. Ne henkilöt, joilta puuttui vastaukset jossain tarkastelun kohteena olevasta aikapisteestä, jätettiin analyyseistä pois. Seuranta- aikapisteessä suuri puuttuvien tietojen määrä johtui suurilta osin siitä, että ryhmäterapiakeskuksella jäi keräämättä CORE-OM -kyselyt kolmelta ryhmältä, eli yhteensä 24 koehenkilöltä seuranta- kerralla.

*Taulukko 4. Puuttuvien arvojen lukumäärät ja prosenttiosuudet.*

Puuttuvien arvojen lukumäärä (%)			
Mittauskerta	CORE-OM*	BDI**	BAI***
alku <sup>a</sup>	4 (7,0 %)	22 (38,6 %)	27 (47,4 %)
loppu <sup>b</sup>	9 (15,8 %)	23 (40,4 %)	24 (42,1 %)
seuranta <sup>c</sup>	36 (63,2 %)		

\* CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) on itsearviointiin perustuva subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely

\*\* BDI (Beck's Depression Inventory) on itsearviointiin perustuva masennusoireita kartoittava kysely

\*\*\* BAI (Beck's Anxiety Inventory) on itsearviointiin perustuva ahdistuneisuusoireita kartoittava kysely

<sup>a</sup> Alku-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian ensimmäistä tapaamista

<sup>b</sup> Loppu-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian viimeistä tapaamista. Alku- ja loppuaikapisteiden välillä oli keskimäärin 14 viikko aikaa.

<sup>c</sup> Seuranta-aikapisteellä tarkoitetaan noin kuukauden kuluttua terapian loppumisen jälkeen toteutettua mittausta

Puuttuvissa arvoissa ei havaittu systemaattisuutta, vaan ne esiintyivät satunnaisesti. Puuttuvien arvojen systemaattisuutta tarkasteltiin Littlen MCAR (Missing Completely at Random) testillä, ( $\chi^2$  (137) = 157,10,  $p = .115$ ). Ikä, sukupuoli tai alku-aikapisteen oireilun voimakkuus ei ollut yhteydessä puuttuviin arvoihin.

Koska tietoja oli seuranta- mittauksessa puutteellisesti tehtiin tässä tutkimuksessa erikseen analyysit kahdella ja kolmella mittauspisteellä, edeltävässä oli vain alku- ja loppu-mittaukset mukana, ja jälkimmäisessä myös seuranta -mittaus. Käytetyissä analyysimenetelmissä, eli monimuuttuja-varianssianalyysissä (MANOVA, kts seuraava kohta 2.5) ja toistettujen mittauksen

varianssianalyysissä (ANOVA) jätetään automaattisesti kaikki ne havainnot pois, joista puuttuu vastaus yhteenkin kohtaan kyselyssä.

## 2.4 Tilastolliset menetelmät

Tilastolliset analyysit tehtiin IB SPSS Statistics 25 -ohjelmalla. Tutkimuksessa tutkittiin muutosta alku- ja loppu -aikapisteiden välillä CORE-OM kyselyn osa-alueissa toistettujen mittausten monimuuttuja- varianssianalyysillä (MANOVA), ja lisäksi muutosta alku-, loppu- ja seuranta-aikapisteiden välillä erillisellä MANOVA:lla. Ensimmäisessä analyysissä aikapisteitä oli kaksi ja muuttujia neljä: aikapisteet olivat terapian alku- ja loppu-mittaukset, ja muuttujat olivat CORE-OM:n neljä faktoria. Jälkimmäisessä analyysissä muuttujat olivat samat, mutta aika pisteitä oli kolme: alku, loppu- ja seuranta -mittaukset. CORE-OM:n kliinistä yhteispistemäärää tarkasteltiin erillisellä toistettujen mittausten varianssianalyysillä, sillä sen korrelaatio faktoreiden välillä on suuri ja aiheuttaisi multikolineaarisuuden ongelman analyysissä.

Kaikissa tapauksissa laskettiin myös efektikoko, Cohenin  $d$  (Cohen, 1992). Efektikoot laskettiin jakamalla keskiarvojen erotus alkupisteen keskihajonnalla. Efektikoolla tarkoitetaan terapian vaikuttavuuden tai tehokkuuden arviointiin tarkoitettua standardoitua tunnuslukua, jonka avulla tutkimuksen tuloksia on mahdollista vertailla aikaisempien tutkimusten tuloksiin huolimatta siitä, että niissä on käytetty eri mittareita (Cohen, 1992; Thalheimer & Cook, 2002). Esimerkiksi efektikoko .50 tarkoittaa sitä, että koeryhmän keskiarvo on puoli keskihajontaa suurempi kuin kontrolliryhmän (Cuijpers ym., 2010; Thalheimer & Cook, 2002).

Muutosta BDI- ja BAI- kyselyiden pistemäärissä alku- ja loppu -aikapisteiden välillä tarkasteltiin toistettujen mittausten varianssianalyysillä. Lisäksi tarkasteltiin ennustaako alku-tilanteen oireilun voimakkuus terapian aikana tapahtuvan muutoksen suuruutta oireilussa. Tätä tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä.

Muita kysymyksiä terapiakokemuksesta tarkasteltiin vastausten keskiarvojen perusteella ja laadullisesti.

### 3. Tulokset

Aineisto on oirepistemäärien osalta hyvin heterogeeninen kaikissa aikapisteissä (Taulukko 5). Vaihteluvälit pienempien ja suurimpien pistemäärien välillä ovat suuria, subjektiivisen hyvinvoinnin määrä vaihtelee alkutilanteessa CORE-OM:n perusteella vähäisistä oireista vakaviin oireisiin (Taulukko 5). Terapian loputtua osalla ei ole oireita ollenkaan ja osalla on vakavia oireita. Seuranta-mittauksessa oireiden määrä vaihtelee vähäisien oireiden ja keskivaikeiden oireiden välillä. Oireiden määrän keskiarvo on kaikissa mittauspisteissä keskivaikeiden oireiden luokassa, mutta seuranta-mittauksessa se on aivan keskivaikeiden oireiden ja lievien oireiden rajalla keskiarvon ollessa 15.0 (Taulukko 1, Taulukko 5).

BDI:n pistemäärät alku-aikapisteessä vaihtelivat lievän masennuksen ja vakavan masennuksen välillä, ja loppu-aikapisteessä ei masennusta ja vakavan masennuksen välillä (Taulukko 2, Taulukko 5). BDI:n pistemäärien keskiarvot viittasivat molemmissa aikapisteissä keskivaikeaan masennukseen (Taulukko 5). BAI:n pistemäärät vaihtelevat sekä alku- että loppu-aikapisteessä vähäisen ja vaikean ahdistuneisuuden välillä (Taulukko 3, Taulukko 5). BAI:n yhteispistemäärien keskiarvo viittasi alku-aikapisteessä kohtalaiseen ahdistuneisuuteen ja loppu-aikapisteessä lievään ahdistuneisuuteen (Taulukko 3, Taulukko 5).

Taulukko 5, mittauskertojen kuvailevat tunnusluvut.

Mittaus	N	Keskiarvo	Keskihajonta	Min.	Max.	Vaihteluväli
<b>CORE-OM*</b>						
Alku <sup>a</sup>	53	18,4	4,7	8,2	27,9	19,7
Loppu <sup>b</sup>	48	16,2	5,8	1,5	28,8	27,4
Seuranta <sup>c</sup>	21	15,0	5,5	7,4	23,8	16,5
<b>BDI**</b>						
Alku	35	27,6	7,7	12,0	45,0	33,0
Loppu	34	26,0	10,6	3,0	49,0	46,0
<b>BAI***</b>						
Alku	30	16,4	9,1	3,0	37,0	34,0
Loppu	33	14,0	8,9	2,0	33,0	31,0

\* CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure) on itsearviointiin perustuva subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely

\*\* BDI (Beck's Depression Inventory) on itsearviointiin perustuva masennusoireita kartoittava kysely

\*\*\* BAI (Beck's Anxiety Inventory) on itsearviointiin perustuva ahdistuneisuusoireita kartoittava kysely

<sup>a</sup> Alku-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian ensimmäistä tapaamista

<sup>b</sup> Loppu-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian viimeistä tapaamista. Alku- ja loppuaikapisteiden välillä oli keskimäärin 14 viikko aikaa.

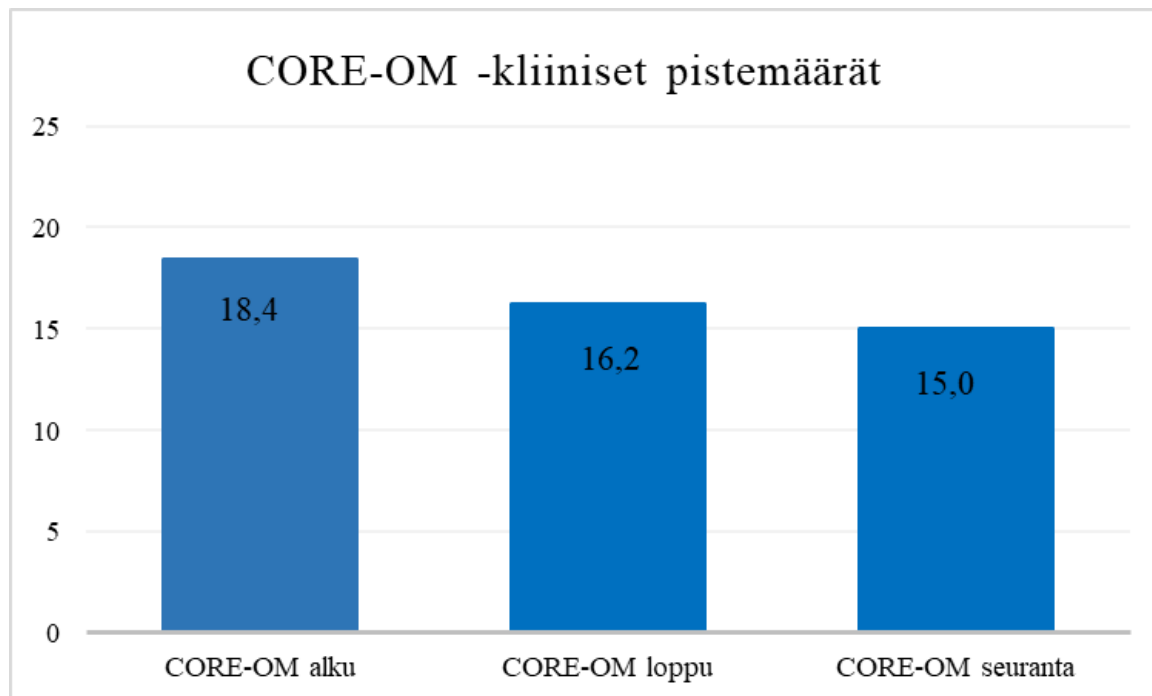
<sup>c</sup> Seuranta-aikapisteellä tarkoitetaan noin kuukauden kuluttua terapian loppumisen jälkeen toteutettua mittausta

### 3.1 Subjektiivinen hyvinvointi, CORE-OM

CORE-OM:lla mitattiin koehenkilöiden yleistä subjektiivista hyvinvointia kolmessa aikapisteessä. Hyvinvointia kartoitettiin sekä koko kyselyn yhteispistemäärällä että erikseen neljän eri osa-alueen pistemäärillä.

### 3.1.1 CORE-OM yhteispistemäärät

CORE-OM:n kliinisessä yhteispistemäärässä tapahtui tilastollisesti merkitsevä muutos sekä alku- ja loppu-aikapisteiden välillä (Wilks'  $\lambda = .870$ ,  $F(1) = .6.40$ ,  $p = .015$ ), että alku-seuranta -aikapisteiden välillä (Wilks'  $\lambda = .725$ ,  $F(1) = 7,594$   $p = .012$ ). Subjektiiivisessa hyvinvoinnissa tapahtui positiivista muutosta terapian aikana ja sen jälkeen CORE-OM:lla mitattuna. Sekä alku-, ja loppu-aikapisteiden välillä, että kolmella aikapisteellä tarkasteltuna tapahtui kliinisessä yhteispistemäärässä tilastollisesti merkitsevä muutos (Kaavio 1). Efektikoot, Cohenin  $d$ , olivat alku-loppu -mittauksessa  $.45$  (95% luottamusväli  $.17 - .77$ ), ja alku- seuranta -mittauksessa  $.72$  (95% luottamusväli  $.22 - 1.22$ ).



*Kaavio 1. CORE-OM:n kliiniset yhteispistemäärät eri aikapisteissä. CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure) on itsearviointiin perustuva subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely. Aikapisteistä alku- ja loppu-mittausten välillä oli keskimäärin 14 viikkoa aikaa, ja loppu- ja seurantamittausten välillä oli noin 4 viikkoa aikaa.*

Tapahtunutta muutosta tarkasteltiin lisäksi oirepistemäärien kategorisoinnin perusteella: terapiaan osallistujien oireilu luokiteltiin kliinisten oirepistemäärien perusteella eri luokkiin eri aikapisteissä. Alla esitetyssä taulukossa (Taulukko 6) on esitetty prosentteina ja lukumäärinä kuinka suuri osuus terapiaan osallistuvasta kuului CORE OM:n eri oireluokkiin eri aikapisteissä. Suurinta muutos oli



siinä, että loppu- ja seuranta-aikapisteissä lievien oireiden tai ei -oireita -luokkaan kuuluu huomattavasti enemmän henkilöitä kuin alku -aikapisteessä. Kolmannes seuranta -mittauksessa kyselyn täyttäneistä kuuluu lievien oireiden tai ei oireita -luokkaan. Keskivaikeiden ja vakavien oireiden ryhmässä henkilöiden määrä myös hieman väheni alku -aikapisteestä loppu- tai seuranta -aikapisteisiin siirryttäessä.

*Taulukko 6. Terapiaan osallistuvien luokittelu oireiden vakavuusasteen mukaan eri luokkiin eri aikapisteissä. Taulukon soluissa on esitetty kyseisen luokkaan kuuluvien henkilöiden osuus koko joukosta prosentteina, sekä suluissa luokkaan kuuluvien lukumäärä.*

CORE-OM*	n= 44		n = 21	
	alku <sup>a</sup> , % (n)	loppu <sup>b</sup> , % (n)	alku, % (n)	seuranta <sup>c</sup> , % (n)
yli 20 p, vakavat oireet	31,8 (14)	22,7 (10)	23,8 (5)	19,1 (4)
15 – 19,9 p, keskivaikeat oireet	45,5 (20)	41,0 (18)	61,9 (13)	38,1 (8)
10 – 14,9 p, lievät oireet	22,7 (10)	22,7 (10)	9,5 (2)	9,5 (2)
alle 9,9 p, vähäiset oireet tai ei oireita	0 (0)	13,6 (6)	4,8 (1)	33,3 (7)

\* CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure) on itsearviointiin perustuva subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely

<sup>a</sup> Alku-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian ensimmäistä tapaamista

<sup>b</sup> Loppu-aikapisteellä tarkoitetaan ryhmäterapian viimeistä tapaamista. Alku- ja loppuaikapisteiden välillä oli keskimäärin 14 viikko aikaa.

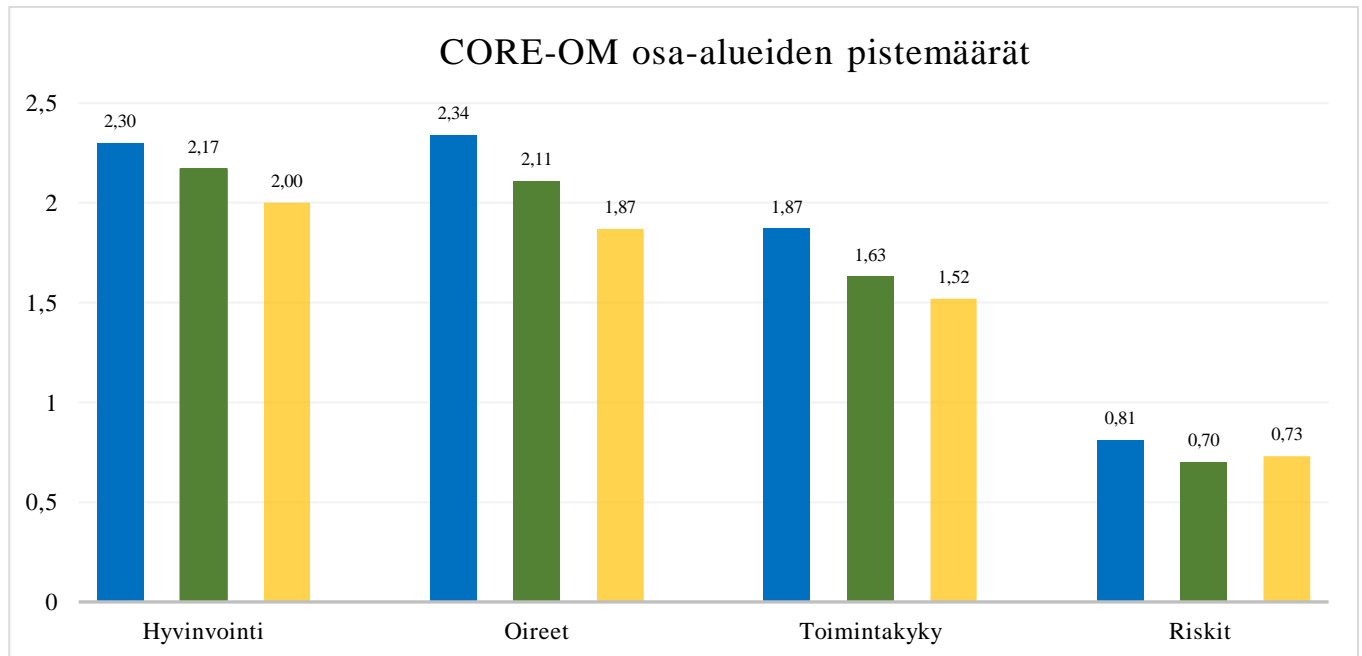
<sup>c</sup> Seuranta-aikapisteellä tarkoitetaan noin kuukauden kuluttua terapian jälkeen toteutettua mittausta

### 3.1.2 CORE-OM osa-alueiden pistemäärät

Yksittäisiä varianssianalyysyjä tarkasteltaessa tilastollisesti merkitsevää muutosta tapahtui alku-loppu -aikapisteillä tarkasteltuna toimintakyvyssä (SS = 1.136, F(1.0) = 12.251, p = .001). Toimintakyvyn efektikoko, Cohenin d, oli .44. Alku- ja loppu-mittausten välillä toimintakyvyssä tapahtui muutosta niin että se parani, mutta muilla osa-alueilla eli hyvinvoinnissa, oirefaktorissa ja riskeissä ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta.

Alku- ja seuranta -aikapisteiden välillä tilastollisesti merkitsevä muutos tapahtui hyvinvoinnissa (SS = .1.524 F(1.0) = 5,441, p = .030), oireissa (SS = 2,302, F(1.0) = 6.804, p = .017) ja toimintakyvyssä

( $SS = .930$ ,  $F(1.0) = 6.540$ ,  $p = .019$ ). Alku-seuranta -aikapisteiden välisen hyvinvoinnin efektikoko, Cohenin  $d$ , oli .48. Toimintakyvyn efektikoko alku-seuranta -aikapisteiden välillä oli .63 ja oirefaktorin efektikoko oli .82.



*Kaavio 2. CORE-OM:n osa-alueiden pistemäärät eri aikapisteissä. CORE-OM (Clinical Outcome in Routine Evaluation – Outcome Measure) on itsearviointiin perustuva subjektiivista hyvinvointia kartoittava kysely. Kaaviossa sininen pylväs on alku-aikapiste, vihreä pylväs on loppu-aikapiste ja keltainen pylväs on seuranta-aikapiste. Alku- ja loppu -aikapisteiden välillä oli keskimäärin 14 viikkoa aikaa, ja loppu- ja seuranta-aikapisteiden välillä noin 4 viikkoa aikaa.*

### 3.2 Masennusoireilu, BDI ja ahdistusoireilu, BAI

Masennusoireilussa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kun tarkasteltiin BDI-mittarin yhteispistemäärän muutosta alku- ja loppu -aikapisteiden välillä (Wilks'  $\lambda = .984$ ,  $F(1) = .520$ ,  $p = .475$ ). BDI -pistemäärien korrelaatio loppu-aikapisteessä Core om -pistemääriin oli kuitenkin voimakas ( $r = .623$ ,  $p < .00$ ). Ahdistuneisuusoireilussa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta BAI:n yhteis-pistemäärän muutosta tarkasteltaessa alku- ja loppu -mittausten välillä (Wilks'  $\lambda = .970$ ,  $F(1) = 3.840$ ,  $p = .367$ ).

### 3.3 Alkutilanteen oireilun yhteys oireiden muutoksen suuruuteen

Alkutilanteen oireilun voimakkuuden yhteyttä muutokseen oireilussa terapian aikana tutkittiin regressioanalyysillä, jossa riippumattomana muuttujana oli alkutilanteen oireiden voimakkuus ja riippuvana muuttujana oli oirepistemäärien erotus alku- ja jälkeen tai alku -seuranta mittausten välillä. Alkutilanteen oireilu ei ennustanut tilastollisesti merkitsevästi muutosta oireilussa alku- ja loppu -aikapisteiden välillä ( $R = .141$ ,  $F(42) = .853$ ,  $p = .361$ ), eikä myöskään alku- ja seuranta-aikapisteiden välillä ( $R = .356$ ,  $F(19) = 2.751$ ,  $p = .114$ ).

### 3.4 Kokemukset terapiasta

Kysymyksiin terapian yleisistä tavoitteista vastasi yhteensä 39 tutkittavaa. Kysymykset terapiakokemuksista kerättiin viimeisellä terapiatapaamisella, eli noin 14 viikon kuluttua terapian alkamisesta. Tutkittavat vastasivat väitteisiin ”toteutuiko kyseinen väite kohdallasi” vaihtoehdoilla 1 (”vähän”) – 5 (”paljon”). Tutkittavat vastasivat kysymyksiin maltillisesti ja kysymysten vastausten keskiarvo oli kaikkien väittämien kohdalla välillä 3.1 - 3.9 (Taulukko 7). Erityisen hyvin terapian tavoitteet täyttyivät vastausten perusteella osa-alueilla: ”Sain tietoa sairaudestani ja sen hoidosta” ja ”Sain tukea ja annoin tukea muille muutoksen tekemiseen” (Taulukko 7). Muita kohtia vähemmän terapian tavoitteet toteutuivat kyselyn perusteella kohdassa ”Otin käyttöön keinoja vatvomisen lopettamiseksi”, tämän kohdan keskiarvo oli 3.1 (Taulukko 7). Kuitenkin tässäkin kohdassa terapiaan osallistuvat ovat kokeneet ”jonkin verran”/”keskiverrosti” hyötyä.

*Taulukko 7. Ryhmäterapian yleisiä tavoitteita kartoittava kysely ja sen vastausten jakauma prosenttilukuina (kuinka suuri osa vastaajista vastasi kyseisen vastauksen 1 - 5), sekä vastausten keskiarvot.*

Ryhmäterapian yleiset tavoitteet	Toteutuiko kyseinen väite kohdallasi (%)					Keskiarvo
	vähän	-	-	-	paljon	
Sain tietoa sairaudestani ja sen hoidosta	5	3	23	33	36	3,9
Otin käyttöön mielialaa tukevia aktiviteetteja	0	21	33	41	5	3,3
Otin käyttöön keinoja välttelyn vähentämiseksi	8	18	31	38	5	3,2
Tunnistin vatvomiselle altistavia tilanteita	8	18	20	44	10	3,3
Otin käyttöön keinoja vatvomisen lopettamiseksi	15	15	28	29	13	3,1
Sain tukea ja annoin tukea muille muutoksen tekemiseen	3	15	39	15	28	3,5

Kysymykseen ”Mitä hyötyä sait ryhmäterapiasta?” vastasi yhteensä 38 henkilöä (Taulukko 8). Näitä vastauksia tarkasteltiin laskemalla vastausten sisältöjen toistuvuutta, eli sitä, kuinka monta kertaa tietty asia tai teema mainittiin tutkittavien vastauksissa. Vastauksien sisällöissä toistui eniten se, että terapiassa hyödylliseksi koettiin uuden tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen sekä uusien ajatusten ja ajattelumallien saaminen. Tällaisia asioita esiintyi yhteensä 29 vastauksessa. Vertaistuen tai muuten ryhmästä saadun tuen merkitys mainittiin 19 vastauksessa. Konkreettisten keinojen oppiminen ja niiden toteuttaminen, tai arjen aktivoiminen mainittiin 13 vastauksessa. Vatvomisen ja välttelyn vähentyminen tai keinojen oppiminen näiden tunnistamiseen ja vähentämiseen mainittiin 8 vastauksessa. Muita mainittuja asioita olivat esimerkiksi itsetuntemuksen lisääntyminen, armollisuus itseä kohtaan, perspektiivin saaminen omaan tilanteeseen ja hyvän kirjallisen materiaalin saaminen. Vain yksi vastaus oli sellainen, jossa todettiin, ettei koettu mitään hyötyä terapiasta.

*Taulukko 8. Vastausten luokittelu lukumäärien perusteella kysymykseen ”Mitä hyötyä koit saaneesi ryhmäterapiasta?” Vastauksia tuli yhteensä 38.*

Usein toistunut vastaus	Vastausten lkm (%)
Uuden tiedon, ajastusten ja ajatusmallien saaminen sekä ymmärryksen lisääntyminen	29 (76,3)
Vertaistuen merkitys	19 (50,0)
Konkreettisten keinojen oppiminen ja niiden toteuttaminen, sekä arjen aktivointi	13 (34,2)
Vatvomisen ja välttelyn tunnistaminen ja keinojen oppiminen niiden vähentämiseksi	8 (21,1)

Muuta vapaata palautetta – tai kehittämis ehdotuksia kohtaan tuli vastauksia yhteensä 21 vastausta (Taulukko 9). Näistä seitsemässä vastauksessa mainittiin terapian- tai terapiakertojen loppuminen kesken, aikaa olisi kaivattu enemmän. Neljässä vastauksessa näistä seitsemästä olisi toivottu pidempää terapiaa, ja kahdessa vastauksessa tuotiin ilmi joidenkin ryhmäläisten puhuneen liikaa ja vieneen liikaa aikaa yksittäisissä tapaamisissa.

Omien kokemusten kertomisen vaikeus vieraille ryhmäläisille tuli esille kolmessa vastauksessa. Kolmessa vastauksessa nostettiin esille se, että ongelmaksi koettiin ryhmään osallistuvien henkilöiden liiallinen erilaisuus, erilaiset elämäntilanteet tai eritasoiset valmiudet keskustelemiseen. Lisäksi ryhmäytymisen olisi yhden vastauksen perusteella haluttu olevan aktiivisempaa jo ryhmän alkuvaiheessa.

*Taulukko 9. Vastausten luokittelu lomakkeen kohdasta ”Muuta vapaata palautetta tai kehittämis ehdotuksia.”. Vastauksia tuli yhteensä 21.*

Usein toistunut vastaus	Vastusten lkm (%)
Terapian tai terapiakertojen loppuminen kesken	7 (33,3)
Toive pidemmälle terapialle	4 (19,0)
Ryhmäläisten liiallinen erilaisuus ja eritasoiset valmiudet työskentelyyn häiritsi	3 (14,3)
Vaikeus kertoa omista asioista ryhmäläisille	3 (14,3)
Osa ryhmäläisistä puhui liikaa ja vei liikaa aikaa	2 (9,5)

## 4. Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tutkittiin kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapian vaikuttavuutta toistuvan tai pitkittyneen masennuksen hoitomuotona. Tutkimuksen keskeisimpänä tuloksena oli, että potilaiden koettu subjektiivinen hyvinvointi parani terapian aikana ja sen jälkeisessä kuukauden seurannassa. Ryhmäterapiaan osallistuvien henkilöiden toimintakyky keskimääräisesti parani terapian aikana. Terapian ja sen jälkeisen seurannan aikana toimintakyvyn lisäksi oirefaktorin oirepistemäärä väheni ja hyvinvointi parani. Riskeissä itsemurhaan tai itsetuhoisuuteen ei tapahtunut muutosta minkään kolmesta aikapisteestä välillä. Alkutilanteen oireilun voimakkuudella ei ollut merkitystä sen kannalta, kuinka paljon muutosta subjektiivisen hyvinvoinnin kokemuksessa tapahtui. Terapiaan osallistuvien oireilu oli hyvin vaihtelevaa, sekä alku-, loppu- että seuranta-aikapisteissä subjektiivisen hyvinvoinnin yhteispistemäärät vaihtelivat ei oireita- ja vakavien oireiden välillä.

Tutkimuksen tulokset ovat osittain ristiriitaisia, sillä vaikka oirefaktorin pistemäärä subjektiivisen hyvinvoinnin mittarilla mitattuna laski terapian alku-aikapisteen ja seurannan välillä, masennusoireilu BDI:llä mitattuna ei vähentynyt terapian aikana. Ahdistuneisuus-oireilussakaan, mikä on usein masennuksen kanssa yhtäaikaaisesti esiintyvää oireilua (Seligman & Ollendick, 1998), ei tapahtunut muutosta BAI:n perusteella terapian aikana. Kuitenkin BDI:ssä ja BAI:ssa oireilun suunta oli alaspäin; molemmissa mittareissa keskiarvo laski alku- mittauksesta jälkeen -mittaukseen, vaikka muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sekä alku- että loppu-mittauksissa BDI-pistemäärien keskiarvo viittasi keskivaikeaan masennukseen. BAI:n osalta pistemäärien keskiarvot viittasivat alku-mittauksessa kohtalaiseen ahdistuneisuuteen ja jälkeen -mittauksessa lievään ahdistuneisuuteen. Pientä laskua masennus- ja ahdistuneisuusoireilussa on siis havaittavissa. Huomattavaa on, että joukkoon mahtui kuiteinkin myös yksittäistapauksia, joilla oireilu selkeästi nousi terapian aikana.

Ryhmäterapiaan osallistuvien kokemukset terapiasta olivat pääosin myönteisiä, ja terapiaan osallistuvat kokivat terapian tavoitteiden toteutuneen heidän kohdallaan. Erityisesti terapiaan osallistuvat kokivat saaneensa uutta tietoa ja uusia ajatusmalleja sekä ymmärrystä itseään kohtaan, kun 76 %:ssa saaduista vastauksista mainittiin tämä teema. Toisena keskeisenä tekijänä nousi esille vertaistuen suuri merkitys, sillä 50 % vastaajista mainitsi vertaistuen terapiassa hyödyttävänä elementtinä. Myös arjen aktivoitumisen (34 % vastaajista) sekä välttelyn ja vatvomisen vähentymisen (21% vastaajista) terapiaan osallistuneet toivat esille terapian keskeisinä hyötyinä. Kehityskohteiksi puolestaan nousivat terapiaan osallistuvien vastauksissa terapian liian lyhyt kesto ja liian vähäinen aika henkilöä kohden.

Tämä tutkimus sopii pääosin hyvin yhteen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joissa on esitetty kognitiivis- behavioraalisen ryhmäterapian olevan merkittävästi tehokkaampi hoito kontrolliryhmään verrattuna. Tässä tutkimuksessa subjektiivisen hyvinvoinnin muutoksen efektiivisyys on hieman alhaisempi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, kun efektiivisyydet vaihtelivat tutkimuksissa keskimäärin välillä .81 - 1.11 (Butler ym., 2006; Cuijpers ym., 2013b). Tässä tutkimuksessa efektiivisyys laskettiin suhteessa alkutilanteeseen eikä kontrolliryhmään, joten efektiivisyydet eivät ole suoraan verrattavissa kontrolliryhmän sisältäviin tutkimuksiin. Tämän tutkimuksen efektiivisyydet ovat mahdollisesti yliarvioita, sillä mahdollisessa kontrolliryhmässä olisi oletettavasti tapahtunut ainakin pientä spontaania toipumista (Klein ym., 2006). Efektiivisyydet sopivat kuitenkin hyvin yhteen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, vaikka yliarviointi huomioidaankin tuloksia tulkittaessa. Cuijpers ym. (2010b) artikkelissa korjattu estimaatti kognitiivis-behavioraalisen terapian efektiivisyydelle oli .42 ja lyhyiden terapioiden keskimääräinen efektiivisyys meta-analyysin perusteella oli puolestaan .25 (Nieuwsma ym., 2012). Lisäksi KBT:n efektiivisyys erityisesti pitkittyneestä masennuksesta toipumiseen oli meta-analyysin perusteella keskimäärin .23 (Cuijpers ym., 2010a). Tämän tutkimuksen niin sanottu korjattu efektiivisyys voisi olla yllä mainittujen tutkimusten kokoluokkaa.

Tässä tutkimuksessa ei ollut tietoa terapiaan osallistuvien mahdollisesta yhtäaikaaisesta lääkityksestä. On mahdollista, että osalla terapiaan osallistuvista oli mielialalääkitys yhtäaikaaisesti terapian kanssa käytössä, ja tällöin tuloksia tulisi verrata hieman eri tutkimuksiin. Esimerkiksi Butler ym. (2006) meta-analyysissä kognitiivis- behavioraalisen terapian efektiivisyys verrattuna lääkehoitoon oli keskimäärin .38 ja Cuijpers ym. (2013a) meta-analyysissä KBT:n ja lääkehoidon yhdistelmän efektiivisyys verrattuna lääkehoitoon oli .49. Nämäkin efektiivisyydet sopivat kuitenkin hyvin yhteen tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa (Cuijpers ym., 2007; Dobson ym., 2008) toiminnallisen aktivoinnin rooli on nostettu keskeiseksi masennuksen hoidossa, ja tämä tutkimus tukee tätä näkemystä. Aktivointi tuli selkeästi esille tutkimuksen tuloksissa: toimintakyvyn efektiivisyys oli suuri (.82), ja myös terapiaan osallistuvien laadullisissa vastauksissa tuli esille aktivoituminen arjessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa, Cuijpers ym. (2007) meta-analyysin perusteella aktivoinnin efektiivisyys oli keskimäärin .87. Kun huomioidaan tämän tutkimuksen asetelma ilman kontrolliryhmää, ei efektiivisyys oletettavasti yltäisi aivan aikaisempien tutkimustulosten tasolle. Tämä tutkimus tukee kuitenkin näkemystä siitä, että aktivoinnin merkitys masennuksesta parantumisessa/toipumisessa on keskeinen (Cuijpers ym., 2007).

Kyseinen ryhmäterapiamuoto keskittyi aktivoimisen lisäksi vatvomisen vähentämiseen, ja vatvomisen vähentymisen nostikin esille moni (21 %) terapiakokemuksiin liittyviin kysymyksiin

vastaaja. Tutkimuksessa käytetyt mittarit eivät välttämättä kuitenkaan tavoittaneet vatvomisen vähentymistä. Muissa vastaavissa tutkimuksissa (Watkins ym., 2006, 2007, 2011) on käytetty vatvomiseen keskittyvää kyselyä (The Ruminative Response Scale of the Response Styles Questionnaire), ja jonkin tämän kaltaisen kyselyn käyttäminen olisi voinut tuoda lisäinformaatiota myös tässä tutkimuksessa, mutta mainitusta kyselystä ei ole suomenkielistä versiota. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu kyseiseen teoriataustaan pohjautuvat terapiamallin vähentäneen nimenomaan vatvomista (Watkins ym., 2006).

Lisäksi monissa aikaisemmissa tutkimuksissa BDI:llä mitattuna masennusoireilu on muuttunut huomattavasti kognitiivis-behavioraalisen ryhmäterapian seurauksena, ja BDI:tä pidetään keskimäärin hyvänä masennusoireiden ja niiden muutoksen mittarina (Beck, ym., 1988; Butler ym., 2006; Dobson ym., 2008; Storch ym., 2004). Myös erityisesti vatvomiseen keskittyvissä Watkinsin ja kumppaneiden (2007, 2011) tutkimuksissa BDI pistemäärät laskivat keskimäärin 8 - 10 pistettä terapian aikana. Tämän tutkimuksen tulos erosi huomattavasti aikaisemmista tutkimustuloksista, sillä muutosta oireilussa BDI:llä mitattuna tapahtui vain noin 2 pistettä, ja muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Huomattavaa on kuitenkin se, että tässä tutkimuksessa tutkittiin nimenomaan pitkittynyttä tai toistuvaa masennusta eikä tilapäisiä masennustiloja kuten Watkinsin ja kumppaneiden (2007, 2011) tutkimuksissa.

On mahdollista, ettei BDI mittarina tavoittanut tämän terapian aikana tapahtunutta muutosta. BDI on kehitetty pohjautuen Beckin malliin kognitiivisesta terapiasta, ja tässä mallissa keskitytään erityisesti kognitiivisten vinoumien, uskomusten ja sisäisten mallien muokkaamiseen (Beck, 1991). Tässäkin terapiassa muokattiin vääristyneitä uskomuksia mm. epäadaptiiviseen vatvomiseen liittyen, mutta terapia keskittyi olennaisesti myös toiminnalliseen aktivointiin, ja terapia korosti näin ollen ns. behavioraalista puolta kognitiivisista terapioidista (Cuijpers ym., 2010). BDI:ssä on vain yksi aktivointiin liittyvä kysymys (Liite 2), ja sekin liittyy työkykyyn, eikä varsinaisesti muuten arjen aktivoimiseen. Aktivointi on mahdollisesti ollut yksi keskeisimmistä positiivista muutoksista ryhmäterapiaan osallistuvien elämässä terapian seurauksena, eikä BDI- tai BAI -mittarit tavoita näin ollen muutosta aktivoinnissa. Aktivoinnin lisäksi terapiaan osallistuvien ajattelussaan on voinut tapahtua muutosta vatvomisen vähentymisen osalta, ja tämä muutos ei vain tule esille tässä tutkimuksessa käytetyissä kyselyissä. Nämä huomiot ovat kuitenkin ristiriidassa Watkinsin ja kumppaneiden (2007) tutkimuksen kanssa, jossa BDI -mittarilla mitattuna masennusoireet laskivat huomattavasti juuri vatvomiseen keskittyvässä terapiassa.

Sille, että masennusoireet eivät lievittyneet tai ne jopa lisääntyivät, voidaan esittää myös muita mahdollisia syitä. Yksi niistä on se, että melko lyhyt ryhmäterapia (14 viikkoa) sai mahdollisesti



aikaan oiretiedostuksen kasvua, mikä selittäisi osaltaan joidenkin tutkimukseen osallistuneiden kohdalla tapahtuneen oirepiste-määrien nousun terapian aikana. Masentuneisuuteen liittyvien teemojen nostaminen esille voi jo itsessään nostaa oiretasoa (Schramm ym. 2015). Voi olla myös mahdollista, että terapian koettu liian nopea päättymisen (Taulukko 6) aiheutti joissain osallistujissa pelkoa ja huolta. Jos terapiaan osallistuvat kokivat edelleen terapian päätyttyä masennusoireita, on mahdollista, että tilanteesta koettiin huolta ja itsearviointiin perustuvat kyselyt täytettiin terapian loputtua tai seurannassa hieman oireita liioitellen. Lisäksi pitkittyneestä tai kroonisesta masennuksesta toipuminen on todettu ylipäättensä hitaammaksi kuin masennustiloista toipuminen (Klein ym., 2006; Schramm ym., 2015), joten lyhyt seuranta-aika ei välttämättä tavoittanut tapahtunutta hidasta positiivista muutosta masennusoireilussa.

Ahdistuneisuusoireilun osalta pistemäärien pysyminen samalla tasolla alku- ja loppu-aikapisteissä voi selittyä ainakin osittain sillä, että ryhmäterapian keskeisenä tavoitteena oli välttelykäyttäytymisen vähentäminen ja aktivoiminen, mikä usein tarkoittaa potilaan omalta mukavuusalueelta poistumista. Muuttaessaan käytöstään ihminen altistuu epämukaville tilanteille ja tunteille, ja tämä lisää usein hetkellisesti ahdistuneisuutta (Kaplan & Tolin, 2011; McGuire, Lewin & Storch, 2014). Tässä tutkimuksessa ahdistuneisuusoireilun pysyminen ennallaan terapian aikana kertoo siitä, että altistuksessa on onnistuttu ilman merkittävää ahdistuneisuuden lisääntymistä.

#### 4.1 Tutkimuksen puutteet ja jatkotutkimukset

Tässä tutkimuksessa ei ollut kontrolliryhmää, tutkimuksessa seurattiin vain terapiaan osallistuvien henkilöiden hyvinvoinnin ja oireiden muutosta. Kyseisen tutkimusasetelman perusteella on mahdoton tehdä päätelmiä syy -seuraus -suhteista ja selvästi sanoa, johtuiko oireiden lievittyminen juuri terapiasta, vai mahdollisista yhtäaikaista muista muutoksista elämässä, jotka ovat voineet vaikuttaa tutkittavien hyvinvointiin ja oireisiin. Tutkittavista henkilöistä ei tiedetä muuta kuin ikä ja sukupuoli, esimerkiksi yhtäaikaista psykiatrisista diagnooseista tai mahdollisista yhtäaikaista muista hoitomuodoista ei tiedetä mitään. On mahdollista, että tutkimusjoukko on tältä osin hyvin heterogeeninen. Yhtäaikaista lääkehoidosta ei tiedetä mitään, ja yhtäaikaista lääkityksellä on mahdollisesti voinut olla merkittävä vaikutus yksittäisen henkilön toipumiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa juuri terapian ja lääkehoidon yhdistelmä on löydetty tehokkaimmaksi hoitomuodoksi.

Tutkimuksessa oli huomattavan suuri vastauskato, kun seuranta-aikapisteen subjektiivisen hyvinvoinnin kyselyn vastauksista puuttui jopa 63 % (Taulukko 4). Myös loppu-aikapisteessä jonkin kyselyn vastaukset puuttuivat 14 – 42 %:lta tutkimukseen osallistuvista. Vaikka puuttuvissa arvoissa ei havaittu systemaattisuutta, on puuttuvia vastauksia todella paljon, ja tutkimuksen otoskoko pieneni huomattavasti puuttuvien arvojen takia.

Tutkimuksessa oli lisäksi lyhyt, vain yhden kuukauden mittainen seuranta-aika. Pitkittyneen ja toistuvan masennuksen hoidossa ollaan usein kiinnostuneita nimenmaan uusimisen ennaltaehkäisystä, ja tässä tutkimuksessa emme saa tietoa siitä, onnistuiko ryhmäterapia ehkäisemään uusiutuvia masennusjaksoja. Erityisesti vatvomisen on todettu olevan jäännösoire, joka ennustaa masennuksen pitkittymistä ja uusiutumista (Watkins ym., 2007), joten siihen keskittyvässä terapiassa uusiutumisen ennaltaehkäisy on keskeistä. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on käytetty kahden vuoden seurantaa (esim. Dimidjian ym., 2006; Fava ym., 1998; Schramm ym., 2015). Seuranta-aikojen lyhyys on kuitenkin nostettu keskeiseksi ja yleiseksi terapiatutkimusten haasteeksi etenkin toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoitoa tutkittaessa (Klein ym., 2006). Tässä tutkimuksessa ei onnistuttu tavoittamaan uusiutumisen ennaltaehkäisyn onnistumista tai epäonnistumista.

Syy-seuraussuhdetta ei onnistuttu tavoittamaan myöskään siinä, onko vatvominen medioiva tekijä, joka aiheuttaa masennusoireiden laskun, vai tapahtuuko muutos toisinpäin. Watkins ym. (2007) tutkimuksessa tarkasteltiin ennustaako vatvomisen vähentyminen masennusoireilun vähentymistä, ja tulos oli, että vatvomisen vähentäminen ennusti tilastollisesti merkitsevästi masennusoireilun vähentymistä. Tämän kertaisessa tutkimuksessa ei pystytty osoittamaan, oliko vatvominen erityisesti se tekijä, joka johti subjektiivisen hyvinvoinnin paranemiseen.

Käytettyjen kyselyiden mahdollinen epäonnistuminen muutoksen tavoittamisessa on myös yksi tutkimuksen puute, kuten yllä on jo esitetty. Lisäksi vastaaminen terapiakäynnillä oirekyselyihin ei välttämättä saavuta arjessa tapahtunutta muutosta käytännössä. Kaikissa käytetyissä kyselyissä vastataan kysymyksiin viimeisen viikon aikaisen oireilun perusteella, ja vastaaminen voi värittyä suuresti juuri sen hetkisen mielentilan perusteella. Myös jo mainittu (kts. kohta 4.) vatvomiseen keskittyvä kysely olisi voinut tuoda arvokasta lisätietoa, ja lisäksi esimerkiksi elämänlaadun arviointia, jota on käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa (Schramm ym., 2015), olisi voitu käyttää tässä tutkimuksessa.

Tutkimustulosten luotettavuuden parantamiseksi pidemmän seuranta-ajan tutkimukset ja kontrolliryhmän sisältävät tutkimusasetelmat olisivat tärkeitä. Ryhmäterapialla on lisäksi kerätty lyhyet Core-5 -kyselyt samalta tutkimusjoukolta, joten näiden analysoiminen ja suhteuttaminen tämän tutkimuksen tuloksiin olisi hedelmällistä. Näin saataisiin tietää, miten oireilu muuttuu terapian

aikana ja tapahtuuko muutosta enemmän terapian alussa vai lopussa. Tulevissa tutkimuksissa monipuolisempi erilaisten mittareiden käyttö voisi tuoda arvokasta lisätietoa. Myös laadullisten haastattelu -tutkimuksen tekeminen olisi tärkeää ryhmäterapian sisältöjen kehittämisen ja terapiaan valikoitavien asiakkaiden seulonnan kannalta.

## 4.2 Tutkimuksen vahvuudet ja kliininen merkitys

Tämä tutkimustulos antaa lupaavia viitteitä siitä, että vatvomiseen keskittyvä kognitiivis - behavioraalinen ryhmäterapia toimii masennuksen hoitomuotona. Naturalistinen koeasetelma antaa arvokasta tietoa terapian vaikuttavuudesta käytännössä. Watkinsin vatvomiseen keskittyvää terapiamallia on tutkittu vasta kahdessa aikaisemmassa tutkimuksessa, ja tämä oli tämänhetkisen tiedon mukaan ensimmäinen tutkimus, jossa sen toimivuutta tutkittiin ryhmämuotoisena terapiana. Tämän tutkimuksen tulokset antavat lupaavaa näyttöä kyseisen terapiamallin toimivuudesta. Lisäksi lyhytkestoinen ryhmäterapia on kustannustehokas interventio masentuneille, joten tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat tämän kaltaisten interventioiden käytön hyötyjä terveydenhuollossa.

Terapiaan osallistuvilla subjektiivinen hyvinvointi parani terapian aikana, ja kuukauden kuluttua terapian päättymisestä suurella osalla (33%) terapiaan osallistuneista oli vain vähäisiä oireita, tai ei ollenkaan oireita. Tutkimuksen kliinistä merkitystä tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, että vaikka tutkimuksen tulosten perusteella terapiaan osallistuvien subjektiivinen hyvinvointi keskimäärin parani, suurella osalla terapiaan osallistuvista masennusoireet säilyivät, eikä subjektiivisen hyvinvoinnin muutos ollut kaikissa tapauksissa kliinisesti merkitsevä. Monilla terapiaan osallistuneista oli edelleen kliinisesti merkittäviä oireita terapian päätyttyä. Tälle voidaan kuitenkin esittää monia syitä (kts kohta 4.), eikä se tarkoita sitä, ettei terapiasta olisi ollut mitään hyötyä.

Ryhmäterapiassa onnistuttiin psykoedukaation antamisessa ja ymmärryksen lisäämisessä omista oireista ja toiminnan ja oireiden yhteydestä. Useat vastaajat toivat esille sen, että he hyötyivät paljon siitä, että oppivat lisää itsestään ja masennusoireilustaan. Tutkittavat mainitsivat myös hyvien materiaalien saamisen kotiin, joten voi olla, että iso osa terapiaan osallistuvista hyötyi nimenomaan psykoedukaatiosta. Näiden tulosten ja huomioiden valossa jatkossa terapioita suunnitellessa voitaisiin

pohtia, voisivatko jotkut asiakkaat hyötyä siitä, että saisivat itselleen runsaamman määrän käyttökelpoiseksi koettua materiaalia masennukseen ja sen omahoitoon liittyen.

Aktivoinnin ja vatvomisen keskeinen rooli masennuksen hoidossa tuli ilmi tämän tutkimuksen tuloksissa. Aktivoinnin ja vatvomisen osalta tutkimuksen tulos antaa rohkaisevaa näyttöä siitä, että ryhmäterapiassa kannattaa keskittyä esimerkiksi kotitehtävien avulla juuri aktivoimisen kautta hyvinvoinnin parantamiseen. Toiminnallisen aktivoinnin on todettu olevan helposti ymmärrettävä menetelmä kaikenlaisille kohderyhmille masennuksen hoidossa (Cuijpers ym., 2007), joten se on mahdollisesti erittäin toimiva masennuksen hoitomuoto ryhmäterapiassa.

Adaptiivinen vatvominen ja aktiivinen tekeminen (kts. kohta 1.2.2 ja 1.2.3) tunteiden käsittelyssä liittyvät olennaisesti mindfulness -harjoituksiin, ja nämä on todettu tutkimuksissa toimiviksi harjoituksiksi masennuksen hoidossa sekä jäännösoireiden ja uusiutumisen ennaltaehkäisyssä (Piet & Hougaard, 2011; Teasdale ym., 2000). Mindfulness-harjoitusten yhdistäminen vatvomiseen ja aktivomiseen keskittyvään terapiaan voisi näin ollen olla hyödyllistä. Terapiaan osallistuvat voisivat näin oppia keinoja kokemukselliseen asioiden käsittelyyn, ja vähentää haitallista epäadaptiivista vatvomista.

Tutkimuksen tulokset terapiakokemuksiin liittyvien kysymysten osalta antavat viitteitä myös siitä, miten terapiaan osallistuvien valikoitumista voisi mahdollisesti kehittää. Vastauksissa keskeisimpänä terapian puutteena nousi esille terapian liian lyhyt kesto. Vastauksissa tuli esille kaipaus yksilöterapiaan, joten on mahdollista, että osa terapiaan osallistuneista ei ollut sitoutunut ryhmäterapiamuotoiseen työskentelyyn ja olisi halunnut yksilöllisempää hoitoa. Masennus on hyvin yksilöllinen ja monimuotoinen oireyhtymä (esim. Benazzi, 2006; Charlson ym., 2013; Depressio: Käytä hoito -suositus, 2016), joten kaikki eivät välttämättä hyötäneet juuri vatvomiseen ja aktivointiin keskittymisestä. Osa terapiaan osallistuneista olisi kenties kaivannut erilaisiin, omaan elämäntarinaansa liittyvien teemojen käsittelyä, eivätkä he näin ollen hyötäneet tämänkaltaisesta työskentelystä. Osa ihmisistä ei kenties sovellu ryhmäterapiaan, sillä he kaipaavat yksilöllisemmin räätälöityä terapiaa.

Toinen esille noussut kritiikki koski terapiaan osallistuvien eritasoisia valmiuksia työskentelyyn, sekä vaikeutta tuoda omia asioita esille ryhmässä. Terapiaan osallistuvien yksilöllinen huomioiminen voisi parantua sillä, että ryhmissä olisi mahdollisimman samankaltaisia ja samantasoisesti ongelmiaan ryöstäviä ihmisiä. Ryhmäterapioiden ryhmiin valikoitumisessa voitaisiin huomioida ryhmäläisten eritasoiset valmiudet: reflektiivisemmät ja jo etukäteen asioihin perehtyneet asiakkaat voitaisiin ohjata omaan ryhmäänsä, ja niin sanotusti alkeista esimerkiksi oiretiedostuksen osalta lähtevät asiakkaat omaan ryhmäänsä. Tarkempi soveltuvuuden arviointi kyseiseen terapiatyöskentelyyn ja

sopivan tasoiseen ryhmään valikoituminen voisivat edesauttaa kullekin osallistujalle yksilöllisemmän ja itselle sopivamman hoidon saamista.

### 4.3 Yhteenveto

Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että vatvomiseen ja behavioraaliseen aktivoimiseen keskittyvä kognitiivis-behavioraalinen ryhmäterapia on toimiva hoitomuoto pitkittyneen tai toistuvan masennuksen hoidossa. Tämän tutkimuksen mukaan itsearvioitu subjektiivinen hyvinvointi ja toimintakyky paranivat terapian aikana ja sen jälkeisessä kuukauden seurannassa. Myös oireissa ja hyvinvoinnissa tapahtui positiivista muutosta terapian ja sen jälkeisen seurannan aikana. Kaikkien terapiaan osallistuneiden kohdalla muutos ei ollut kuitenkaan kliinisesti merkitsevää, ja monilla oli tutkimuksen loputtua edelleen kliinisesti merkitseviä oireita. Tämän tutkimuksen tulokset ovat oireiden muutoksen osalta myös ristiriitaisia, sillä subjektiivisen hyvinvoinnin mittarilla mitattuna oireet vähenivät, mutta masennus- tai ahdistuneisuuskyselyiden perusteella oireilu ei muuttunut tilastollisesti merkitsevästi terapian aikana. Terapiakokemuksia kartoittavien kysymysten ja vastausten perusteella terapiaan osallistuvien mielestä hyödyllisintä terapiassa oli psykoedukaation kautta tapahtunut tiedon ja ymmärryksen lisääntyminen masennuksesta ja omasta itsestä, koettu vertaistuki ryhmässä ja mielialaa tukevien aktiviteettien lisääntyminen arjessa. Tutkimuksen tulokset sopivat hyvin yhteen aikaisempien tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan kognitiivis-behavioraalinen terapia on toimiva masennuksen hoitomuoto, ja joiden mukaan toistuvan ja pitkittyneen masennuksen hoidossa masennusoireiden muutos on yksittäisten masennustilojen hoitoon verrattuna vähäisempää ja hitaampaa.

## 4. Lähteet

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(1), 3-15.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.

- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*.  
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*.
- Benazzi, F. (2006). Various forms of depression. *Dialogues in clinical neuroscience*, 8(2), 151.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Charison, F. J., Ferrari, A. J., Flaxman, A. D., & Whiteford, H. A. (2013). The epidemiological modelling of dysthymia: Application for the Global Burden of Disease Study 2010. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.060>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., Van Straten, A., Bockting, C., Berking, M., & Andersson, G. (2013b). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*.  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010a). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.003>
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.11.001>
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010b). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *The British Journal of Psychiatry*, 196(3), 173-178.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013a). A

meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>

Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Prevention of Relapse and Recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>

Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.9.816>

Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the beck anxiety inventory. *Journal of Anxiety Disorders*. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)

Greer, T. L., Kurian, B. T., & Trivedi, M. H. (2010). Defining and measuring functional. *CNS drugs*, 24(4), 267-284.

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>

Kaplan, J. S. & Tolin, D. F. (2011). Exposure Therapy for Anxiety Disorders. Theoretical mechanisms of exposure and treatment strategies. *Psychiatric Times*. 28 (9): 33–37.

Klein, D. N., Shankman, S. A., & Rose, S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.872>

McGuire, J. F., Lewin, A. B., & Storch, E. A. (2014). Enhancing exposure therapy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and post-traumatic stress disorder. *Expert review of neurotherapeutics*, 14(8), 893-910.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to Depression and Their Effects on the Duration of Depressive Episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569>

- Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032-1040.
- Rimes, K. A., & Watkins, E. (2005). The effects of self-focused rumination on global negative self-judgements in depression. *Behaviour Research and Therapy*.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.002>
- Schramm, E., Zobel, I., Schoepf, D., Fangmeier, T., Schnell, K., Walter, H., ... Normann, C. (2015). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus escitalopram in chronic major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*. <https://doi.org/10.1159/000381957>
- Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression: Cost-effectiveness study. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.3.221>
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1(2), 125-144.
- Sawilowsky, S. S. (2009). New effect size rules of thumb. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 8(2), 26.
- Spinhoven, P., Klein, N., Kennis, M., Cramer, A. O. J., Siegle, G., Cuijpers, P., ... Bockting, C. L. (2018). The effects of cognitive-behavior therapy for depression on repetitive negative thinking: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*.  
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.04.002>
- Storch, E. A., Roberti, J. W., & Roth, D. A. (2004). Factor structure, concurrent validity, and internal consistency of the Beck Depression Inventory - Second Edition in a sample of college students. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.20002>
- Strauss, C., Hayward, M., & Chadwick, P. (2012). Group person-based cognitive therapy for chronic depression: A pilot randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2012.02036.x>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgewaya, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615>



- Thalheimer, W., & Cook, S. (2002). How to calculate effect sizes from published research: A simplified methodology. *Work-Learning Research, 1*.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tautiluokitus IDC-10. Suomalainen kolmas uudistettu painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2011:5. Mikkeli: StMichel Print, 2011.
- Watkins, E., & Brown, R. G. (2002). Rumination and executive function in depression: An experimental study. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1136/jnnp.72.3.400>
- Watkins, E. R. (2009). Depressive rumination: Investigating mechanisms to improve cognitive behavioural treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*.  
<https://doi.org/10.1080/16506070902980695>
- Watkins, E. R., Mullan, E., Wingrove, J., Rimes, K., Steiner, H., Bathurst, N., ... Scott, J. (2011). Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.090282>
- Watkins, Ed, Scott, J., Wingrove, J., Rimes, K., Bathurst, N., Steiner, H., ... Malliaris, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behaviour Research and Therapy*. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.018>
- Watkins, Ed, & Teasdale, J. D. (2001). Rumination and overgeneral memory in depression: Effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of Abnormal Psychology*.  
<https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.2.333>
- Watkins, Ed, & Teasdale, J. D. (2004a). Adaptive and maladaptive self-focus in depression. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2003.10.006>
- Watkins, E. D., & Moulds, M. (2005). Distinct modes of ruminative self-focus: impact of abstract versus concrete rumination on problem solving in depression. *Emotion, 5*(3), 319.
- Watkins, E. D. (2004b). Adaptive and maladaptive ruminative self-focus during emotional processing. *Behaviour research and therapy, 42*(9), 1037-1052.

## 4. Liitteet

### Liite 1, CORE-OM -kyselylomake

Nimi \_\_\_\_\_ Päiväys \_\_\_\_\_ Ryhmätunnus \_\_\_\_\_

**Clinical Outcomes in Routine Evaluation FINAL VERSION**

Asiakkaan tunnus \_\_\_\_\_

Paikan tunnus \_\_\_\_\_

Terapeutin numero \_\_\_\_\_

**Vaihe**  
 S Screening  
 R Lähetä  
 A Arviointi  
 F Ensimmäinen terapiakerta  
 P Ennen terapiaa (määrittämätön)  
 D Terapian aikana  
 L Viimeinen terapiakerta  
 X Seuranta 1  
 Y Seuranta 2

**Ikä** \_\_\_\_\_

**Mies** ☐ **Nainen** ☐

**Vaihe** ☐ **Jakso** ☐

**TÄRKEÄÄ - LUE ENSIN**  
 Tässä lomakkeessa on 34 väittämää siitä, kuinka olet voinut VIIMEISEN VIIKON AIKANA. Lue jokainen väittämä ja mieti, kuinka usein olet kokenut siinä kuvattuja tunteita viimeisen viikon aikana. Valitse sitten laatikko, joka on lähimpänä kokemuksiasi.

**Viimeisen viikon aikana**

	Ei lainkaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	TOIMISTO TÄYTTÄÄ
1 Olen tuntenut oloni yksinäiseksi ja ulkopuoliseksi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 Olen ollut kireä, ahdistunut tai hermostunut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Olen tuntenut, että minulla on joku, joka tarvittaessa tukee minua	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
4 Olen ollut tyytyväinen itseäni	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
5 Olen ollut täysin voimaton ja innoton	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
6 Olen ollut väkivaltainen muita kohtaan	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
7 Olen tuntenut selviytyväni, vaikka asiat menevät pieleen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Olen kärsinyt kivusta, särystä tai muusta ruumiillisesta vaivasta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
9 Olen ajatellut itseni vahingoittamista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
10 Kanssakäyminen muiden ihmisten kanssa on tuntunut ylivoimaiselta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
11 Jännitys ja ahdistus ovat estäneet minua tekemästä tärkeitä asioita	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Olen ollut tyytyväinen tekemiini asioihin	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
13 Epämielelliset ajatukset ja tunteet ovat häirinneet minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
14 Minulla on ollut itkuinen olo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W

## Viimeisen viikon aikana

	Ei lainkaan	Vain satunnaisesti	Toisinaan	Usein	Enimmäkseen tai koko ajan	TOIMISTO TÄYTTÄÄ
15 Olen ollut hätkähtänyt tai kauhuissani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
16 Olen suunnitellut itsemurhaa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
17 Ongelmani ovat tuntuneet ylivoimaisilta	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
18 Minun on ollut vaikea nukahtaa tai olen nukkunut katkonaisesti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
19 Olen tuntenut lämpöä ja kiintymystä toista ihmistä kohtaan	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
20 En ole saanut ongelmiani mielestäni	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
21 Olen pystynyt tekemään suurimman osan tarvittavista asioista	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
22 Olen uhkaillut tai pelotellut toista ihmistä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
23 Olen tuntenut itseni toivottomaksi	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
24 Minusta on tuntunut, että olisi parempi, jos olisin kuollut	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
25 Olen kokenut muiden arvostelevan minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
26 Olen tuntenut, ettei minulla ole ystäviä	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
27 Olen ollut onneton	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
28 Epämieluisat mielikuvat tai muistot ovat ahdistaneet minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
29 Olen ollut ärtyisä toisten seurassa	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
30 Olen syyttänyt itseäni ongelmistani ja vaikeuksistani	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
31 Olen ollut toiveikas tulevaisuuteni suhteen	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
32 Olen saavuttanut haluamani asiat	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
33 Olen kokenut muiden nöyryyttävän tai häpäisevän minua	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
34 Olen vahingoittanut itseäni tai vaarantanut terveyteni vakavasti	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R

Kiitos kyselyn täyttämisestä!

Yhteispisteet

Keskiarvopist.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Kaikki	Kaikki -R

## Liite 2, BDI -kyselylomake

### BDI-kysely

---

1. ☐ En ole surullinen (0 p)  
☐ Olen alakuloinen ja surullinen (1 p)  
☐ Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen (2 p)  
☐ Olen niin onneton, etten enää kestä (3 p)
2. ☐ Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua (0 p)  
☐ Tulevaisuus pelottaa minua (1 p)  
☐ Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään (2 p)  
☐ Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin (3 p)
3. ☐ En tunne epäonnistuneeni (0 p)  
☐ Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset (1 p)  
☐ Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia (2 p)  
☐ Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä (3 p)
4. ☐ En ole erityisen haluton (0 p)  
☐ En osaa nauttia asioista niin kuin ennen (1 p)  
☐ Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään (2 p)  
☐ Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen (3 p)
5. ☐ En tunne erityisemmin syyllisyyttä (0 p)  
☐ Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton (1 p)  
☐ Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina (2 p)  
☐ Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton (3 p)
6. ☐ En koe, että minua rangaistaan (0 p)  
☐ Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle (1 p)  
☐ Uskon, että kohtalo rankaisee minua (2 p)  
☐ Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista (3 p)
7. ☐ En ole pettynyt itseäni (0 p)  
☐ Olen pettynyt itseäni (1 p)  
☐ Inhoan itseäni (2 p)  
☐ Vihaan itseäni (3 p)
8. ☐ Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin (0 p)  
☐ Kritisoin itseäni heikkouksista (1 p)  
☐ Moitin itseäni virheistäni (2 p)  
☐ Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee pieleen" (3 p)
9. ☐ En ole ajatellut vahingoittaa itseäni (0 p)  
☐ Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin (1 p)  
☐ Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat (2 p)  
☐ Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus (3 p)
10. ☐ En itke tavallista enempää (0 p)  
☐ Itken nykyään aiempaa enemmän (1 p)  
☐ Itken nykyään jatkuvasti (2 p)  
☐ En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin (3 p)
11. ☐ En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään (0 p)  
☐ Ärsynnyn aiempaa herkemmin (1 p)  
☐ Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan (2 p)  
☐ Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin (3 p)

## BDI-kysely

---

12. ☐ Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä (0 p)  
☐ Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän (1 p)  
☐ Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet (2 p)  
☐ Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan (3 p)
13. ☐ Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin (0 p)  
☐ Yritän lykätä päätöksentekoa (1 p)  
☐ Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä (2 p)  
☐ En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
14. ☐ Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut (0 p)  
☐ Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä (1 p)  
☐ Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä (2 p)  
☐ Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen (3 p)
15. ☐ Työkykyni on säilynyt ennallaan (0 p)  
☐ Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia (1 p)  
☐ Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen (2 p)  
☐ En kykene lainkaan tekemään työtä (3 p)
16. ☐ Nukun yhtä hyvin kuin ennen (0 p)  
☐ Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen (1 p)  
☐ Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen (2 p)  
☐ Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti (3 p)
17. ☐ En väsy sen nopeammin kuin ennen (0 p)  
☐ Väsyn nopeammin kuin ennen (1 p)  
☐ Väsyn lähes tyhjästä (2 p)  
☐ Olen liian väsynyt tehdäkseni mitään (3 p)
18. ☐ Ruokahaluni on ennallaan (0 p)  
☐ Ruokahaluni on huonompi kuin ennen (1 p)  
☐ Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen (2 p)  
☐ Minulla ei ole lainkaan ruokahalua (3 p)
19. ☐ Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan (0 p)  
☐ Olen laihtunut yli 2,5 kg (1 p)  
☐ Olen laihtunut yli 5 kg (2 p)  
☐ Olen laihtunut yli 7,5 kg (3 p)
20. ☐ En ajattele terveyttäni tavallista enempää (0 p)  
☐ Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen (1 p)  
☐ Tarkkailen ruumiintunteuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa (2 p)  
☐ Terveysteni ja tunteusteni ajattelemisen on kokonaan vallannut mieleni (3 p)
21. ☐ Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan (0 p)  
☐ Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt (1 p)  
☐ Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin (2 p)  
☐ Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään (3 p)

Pisteet yhteensä:

Normaali (0-12 pistettä)

Kohtalainen tai keskivaikea masennus (19-29 pistettä)

Lievä masennus (13-18 pistettä)

Vaikea masennus (30 pistettä tai yli)

### Beckin ahdistuskyselylomake (BAI)

Alla on lueteltu tuntemuksia, joita voi esiintyä silloin, kun ihminen on ahdistunut. Ympyröi numero sen mukaan, miten paljon tuntemus on rasittanut sinua **kuluneen viikon aikana** tämä päivä mukaan lukien.

	ei lainkaan	lievästi	kohtalaisesti (hyvin epämiellyttävä, mutta kestin sen)	vakavasti (niin vakavaa, että hädin tuskin kestin sen)
1. Puutuminen tai kihelmöinti	0	1	2	3
2. Kuuma olo (joka ei johdu lämpötilasta)	0	1	2	3
3. Heikotus jaloissa	0	1	2	3
4. Kyvyttömyys rentoutua	0	1	2	3
5. Pelko siitä, että pahin tapahtuu	0	1	2	3
6. Huimaus	0	1	2	3
7. Sydämentykytys	0	1	2	3
8. Tasapainohäiriöt	0	1	2	3
9. Kauhun tunne	0	1	2	3
10. Hermostuneisuus	0	1	2	3
11. Tukehtumisen tunne	0	1	2	3
12. Käsien vapina	0	1	2	3
13. Muu vapina	0	1	2	3
14. Itsehillinnän menettämisen pelko	0	1	2	3
15. Hengitysvaikeus	0	1	2	3
16. Kuolemanpelko	0	1	2	3
17. Yleinen pelokkuus	0	1	2	3
18. Ruoansulatusvaikeudet	0	1	2	3
19. Pyörtymisen pelko	0	1	2	3
20. Punastuminen	0	1	2	3
21. Hikoilu (joka ei johdu kuumuudesta)	0	1	2	3



Sosiaali- ja terveystoimiala  
Terveys- ja päihdepalvelut  
Ryhmäterapiakeskus

Helsinki

Asiakastyytyväisyyskysely

Pvm \_\_\_\_\_ Nimi \_\_\_\_\_

MASENNUSTILAN RYHMÄTERAPIA n:o \_\_\_\_\_

Toivomme, että vastaat seuraaviin kysymyksiin:

1. a) Yleisarvioni ryhmäterapiasta; ympyröi kokemustasi vastaava vaihtoehto

1 2 3 4 5  
tyytymätön tyytyväinen

b) Mitä hyötyä sait ryhmäterapiasta?

---

---

---

2. Totoutuivatko ryhmäterapian yleiset omahoitotavoitteet kohdallani?  
Arvioi asteikolla 1-5 (1=vähän ... 5=paljon)

RYHMÄTERAPIAN OMAHOITOTAVOITTEET	1	2	3	4	5
Sain tietoa sairaudestani ja sen hoidosta					
Otin käyttöön mielialaa tukevia aktiviteetteja					
Otin käyttöön keinoja välttelyn vähentämiseksi					
Tunnistan vatvomiselle altistavia tilanteita					
Otin käyttöön keinoja vatvomisen lopettamiseksi					
Sain ja annoin tukea muutoksen tekemiseen					

3. Kehittämisehdotuksia ja muuta palautetta

---

---

KIITOS VASTAUKSESTASI!